Rok XLII. Kraków 17 Października 1903. Nr. 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Wrodzone obustronne zamknięcie nozdrzy przednich.

Podał

Docent Dr. Aleksander Baurowicz.

Wada utworowa, którą miałem sposobność spostrzegać, należy do niezwykle rzadkich tak, iż dopiero w nowszem piśmiennictwie zdołałem odszukać kilka przypadków, nie podlegających wątpliwości, że zmiana trwa od urodzenia. Oczywiście przypadki tego rodzaju musiano już dawniej spostrzegać; a zdaje się, iż dopiero od czasu wyrobienia się działu chorób nosa, jako gałęzi specyalnej, zaczęto ogłaszać spostrzegane przypadki.

Na pierwszem miejscu w podręcznikach, a nawet w rozprawach omawianego przedmiotu, spotykamy przypadek, przytoczony jako przypadek Trendelenburga, opisany pokrótce przez tego autora w „Deutsche Chirurgie“ (1886, zeszyt 33, stronica 153), a zaczerpnięty z piśmiennictwa angielskiego bez podania nazwiska autora, który miał spostrzegać ten przypadek. Miała to być dziewczynka 5 letnia, u której nozdrze prawe przednie było zupełnie zamknięte; mimo jednak źródła, podanego przez Trendelenburga (Med. Times, 1864, I, Pag. 320), z którego on zaczerpnął wiadomość o tym przypadku, bliższych szczegółów, jak niemniej i nazwiska autora, który ten przypadek ogłosił, nie mogę przytoczyć. Zdaje mi się więc, że do chwili, w której ktoś inny zdoła dojść do bliższych szczegółów, dotyczących tego przypadku, na razie należy go wyłączyć z liczby przypadków, zanotowanych w piśmiennictwie, a w każdym razie nie przytaczać go, jako przypadku Trendelenburga, gdy to się nie zgadza z rzeczywistością.

Pierwsze pewne przypadki wrodzonego zamknięcia nozdrzy przednich odszukałem w piśmiennictwie amerykańskiem, mianowicie na kongresie Towarzystwa amerykańskich laryngologów w roku 1887 zdał sprawę Jarvis[1]) z dwóch spostrzeganych przez siebie przypadków. Pierwszy dotyczył chłopca 18-letniego, u którego znaleziono zamknięcie obustronne, jako białe kieliszkowate wciągnięcie, przyczem po stronie lewej stwierdzono malutki otwór. Zamknięcie to było chrzęstne, w innym zaś, również obustronnym przypadku kostne, a w obu zabieg operacyjny przy użyciu świdra dał wynik dodatni. Co do przypadku drugiego, brak niestety w sprawozdaniu bliższych szczegółów.

Z roku 1888 mamy przypadek Voltoliniego[2]), dotyczący 2-letniej dziewczynki, u której lewe nozdrze przednie było zupełnie zamknięte; ponieważ jednak według podania matki już pierwiej jeden z lekarzy próbował wytworzyć otwór, pozostawia Voltolini nierozstrzygniętem, czy to już od urodzenia było zupełne zamknięcie, czy tylko znaczne zwężenie, które dopiero w następstwie jakiegoś zabiegu przeszło w zamknięcie zupełne. Voltolini galwanokauterem zyskał prawidłowy otwór nosowy, który przy użyciu tamponów dał się utrzymać w naturalnej szerokości; niestety po pewnym czasie, gdy dziecko usunęło się od dalszej kontroli, otwór ten miał zupełnie zarosnąć. To zwraca uwagę, by przypadki tego rodzaju nie za wcześnie wypuszczać z leczenia.

Z tego samego roku mamy przypadek Pottera[3]): dziecko 2-letnie, z kostnem zamknięciem lewego nozdrza przedniego Otwór ten przebito trójgrańcem, a następnie rozszerzono galwanokauterem.

Następny przypadek został przypadkowo przez Hovorkę[4]) znaleziony przy sekcyi zwłok mężczyzny 35-letniego, zmarłego z powodu gruźlicy płuc w c. k. szpitalu Franciszka Józefa w Wiedniu. Z niemałym trudem udało się Hovorce odszukać w Wiedniu brata, względnie matkę zmarłego, od których dowiedział się na pewno, iż zmiana, jaką znalazł na zwłokach, istniała od urodzenia. Nos w tym przypadku był krótki, płaski, zbliżony nieco do nosa siodełkowatego, choć siodełko to było bliżej końca nosa, aniżeli zwyczajnie w następstwie przebytych zmian kilowych. W głębokości 1 ctm. znaleziono w prawym otworze nosowym niepodatną, lejkowato zagłębioną błonę, porosłą włoskami. Nozdrze tylne tej samej strony znaleziono niezwykle małem, a wreszcie w samej jamie nosowej zrosty między ścianą boczną a przegrodą nosa. Na podstawie bardzo szczegółowych badań przychodzi autor do wniosku, iż wada ta utworowa odnosi się do późniejszego okresu rozwoju zarodka.

Dalej mamy przydadek Ricea[5]), który u dziecka 5-letniego spostrzegał zupełne zamknięcie prawego, a częściowe lewego, nozdrza przedniego

Przypadek Liebego[6]) dotyczył 18 letniego mężczyzny, który na pewno od urodzenia nie miał oddychać nosem. W obu otworach nosowych znaleziono rodzaj błon, lejkowato wciągniętych, jednak nie zupełnie zamkniętych tak, iż po obu stronach zgłębnik dał się przeprowadzić do jamy nosowej. Podniebienie w przypadku tym było wysokie i wązkie. Otwory te zostały rozszerzone cięciem krzyżowem; niestety mimo długiego leczenia następowego udało się utrzymać otwór w pożądanej szerokości tylko po stronie lewej; po stronie prawej natomiast przyszło do zwężenia. Chory ten zresztą w rok później zmarł z gruźlicy płuc.

Ostatni przypadek, lubo nie całkiem wolny od zarzutu co do pochodzenia zmiany od urodzenia, był spostrzegany przez Feina[7]). U dziewczyny 18-letniej znaleziono nozdrze lewe zamknięte ścianą lejkowatą, zbitości chrzęstnej; nos na zewnątrz okazywał kształt siodełkowaty. Ponieważ dziewczyna ta przebyła w pierwszych miesiącach swego życia ospę, a rodzice bezwzględnej pewności co do pochodze-

nia tej zmiany już od urodzenia nie mieli, zdaje mi się więc, iż mimo braku blizn na ściance, zamykającej nozdrze, względnie w najbliższej jego okolicy, przecież pochodzenie zamknięcia tego od urodzenia wydaje się nieco wątpliwem.

Mój przypadek natomiast nie przedstawia żadnych wątpliwości w tym kierunku, gdyż utworowa ta wada została natychmiast spostrzeżona po urodzeniu się dziecka i jeszcze w tym samym dniu stwierdzoną została przez lekarza. Przypadek mój dotyczył dziecka płci męzkiej, przedstawionego mi w dniu 22 maja b. r., a urodzonego tego samego roku w dniu 19 lutego, liczącego zatem dopiero ledwo trzy miesiące. Z opowiadania matki dowiedziałem się, że zamknięcie, które tu było obustronne, nie jest jednak zupełne, gdyż czasami mleko, dostawszy się podczas wymiotów do jam nosowych, przeciska się przez „błonki“ w kształcie malutkich kropelek.

U dziecka, źle rozwiniętego i wątłego, znalazłem nos krótki, szeroki, szczególnie w części miękkiej niezwykle rozdęty; oba nozdrza przednie daleko od siebie odległe, okazywały zamknięcie o wejrzeniu skóry, lekko wklęsłe, ułożone w miernej odległości od brzegu nozdrzy. Na szczycie zamknięcia po stronie lewej znalazłem zgłębnikiem otwór, przez który przeszedłem do jamy nosowej i mogłem stwierdzić charakter błoniasty zamknięcia nozdrza. Po stronie prawej najcieńszy z mych zgłębników przeprowadzić się nie dał, niewątpliwie jednak i tutaj musiał być malutki otworek, skoro matka stanowczo twierdzi, że czasami zauważyła występowanie pokarmu podczas wymiotów także w nozdrzu prawem.

Podniebienie w przypadku moim było wysokie i wązkie (*hypsistaphylia*).

W uśpieniu chloroformowem uzyskałem z łatwością zapomocą elektrokauteru prawidłowe otwory nosowe, które następnie rozszerzałem rurkami nosowemi podług A s c h a, dostarczonemi mi odpowiednio do wieku dziecka przez firmę Windler w Berlinie. W jamie nosowej prawej, zaraz w jej początku znalazłem nadto zrost, ciągnący się wzdłuż dna między muszlą dolną a przegrodą nosową, zresztą stosunki były prawidłowe; nozdrza tylne w szczególności, szerokością odpowiadały wiekowi dziecka

Dalszy rozwój dziecka postępował tak rychło, że już po tygodniu matka zapewniała mnie, iż dziecko podwoiło swoją wagę i rozmiary.

O ile zabieg w moim przypadku nie przedstawiał żadnych trudności ze względu na charakter błoniasty zamknięcia, leczenie następowe, które miało na celu utrzymanie uzyskanych otworów w potrzebnej szerokości, wlokło się bardzo długo i wymagać będzie jeszcze i nadal dłuższej kontroli.

Wada utworowa przypadków, przezemnie przytoczonych, należy według mego zdania do pierwszej połowy drugiego miesiąca w rozwoju zarodka, ponieważ w tym czasie tworzą się otwory nosowe przednie. Kol. docent Dr. A d a m B o c h e n e k, modelując w moich oczach rozwój jam nosowych u zarodka, wytłómaczył mi, iż zamknięcie nozdrzy w podobnych przypadkach odnieść należy do wstrzymanego przebicia się warstwy nabłonkowej, tworzącej dno tak zwanych kieszonek nosowych, które w początku drugiego miesiąca rozwoju zarodka otwierają się do pierwotnej jamy nosowej, stojącej na razie jeszcze w związku z jamą ustną. Do pozostałej tu warstwy nabłonkowej, z błony zarodkowej średniej (*mesoderma*) mogą bujać składowe jej części i w ten sposób wytworzyć ścianę, zamykającą nozdrza. Koledze B o c h e n k o w i wyrażam serdeczne podziękowanie za jasne przedstawienie mi tej sprawy.

Wysokie, wązkie podniebienie (*hypsistaphylia*), stwierdzone w moim przypadku również zaraz po urodzeniu się dziecka, uważać należy podobnie, jak i zamknięcie nozdrzy, jako płodowe zaburzenie rozwoju, wbrew zapatrywaniu K ö r n e r - W a l d o w a, którzy wysokie podniebienie odnoszą do utrudnionego oddychania nosowego. W przypadku obustronnego zamknięcia zupełnego nozdrzy tylnych, spostrzeganym w oddziale prof. P i e n i ą ż k a, a ogłoszonym przezemnie w „Archiwie F r ä n k l a“ (Tom XI, 1901, str. 130), podniebienie twarde zachowywało się zupełnie prawidłowo; podobnych analogicznych przypadków znajduje się więcej w piśmiennictwie, gdzie mimo utrudnionego oddychania nosowego podniębienie pozostaje prawidłowe i odwrotnie, wysokie podniebienie przydarzyć się może przy wolnem oddychaniu nosowem.

Gdy teraz zestawię wszystkie przypadki, odnalezione przezemnie w piśmiennictwie, z pominięciem przypadku nieznanego autora, a przytoczonego przez T r e n d e l e n b u r g a, to naliczyłem przypadków tego rodzaju, wraz z moim, dziewięć. Na 9 przypadków pięć razy zamknięcie było jednostronne, w resztujących zaś czterech obustronne; z pięciu jednostronnych zamknięć, dwa były po stronie prawej, a trzy po lewej. W siedmiu, względnie pięciu, przypadkach, wyłączając jeden przypadek J a r v i s a i przypadek R i c e a, gdzie zamknięcie zupełne było tylko po jednej stronie, po drugiej natomiast było niezupełne, zamknięcie znaleziono zupełne; w moim natomiast przypadku, bardzo zbliżonym do przypadku L i e b e g o, zamknięcie było niezupełne.

Wiek osób, u których spostrzegano tę wadę utworową, wahał się między drugim a 35 rokiem życia, a tylko w moim przypadku dziecko liczyło ledwo 3 miesiące.

Co się tyczy płci, to zdać mogę sprawę tylko z sześciu przypadków, wliczając i mój, mianowicie na sześć przypadków z dziewięciu, cztery razy wada ta dotyczyła płci męzkiej, dwa razy żeńskiej.

W każdym razie wada opisana należy do niezwykle rzadkich wad utworowych, gdyż wliczając nawet przypadek przytoczony przez T r e n d e l e n b u r g a, naliczylibyśmy wszystkiego przypadków dziesięć; mój przypadek daje bezwarunkową rękojmię co do wrodzonego pochodzenia tej wady utworowej.

Piśmiennictwo. 1) J a r v i s: Two cases of congenital occlusion of the nares. Journal of Laryng. 1887. Nr. 10. Referat w Centralblacie Semona IV, 1888, S. 331. — 2) V o l t o l i n i: Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes. Breslau, 1888, S. 105. — 3) P o t t e r: Report on a case of congenital bony occlusion of the anterior nares. Buffalo Med. and Surg. Journ., 1888, Nr. 9, w Centralbl. Semona V, 1889, S. 603. — 4) H o v o r k a: Angeborener Verschluss eines Nasenloches. Wiener klin. Wochenschrift, 1892. Nr. 40, S. 571. — 5) R i c e: Congenital occlusion of the anterior nares. Ann. of pediatr., 1894, przytoczony według Kaysera, podręcznik Heymana, Tom III, Część 1, S. 611. — 6) L i e b e: Angeborene Verwachsung der Nasenöffnungen. Monatschrift für Ohrenheilkunde, 1896, Nr. 4, Str. 179. — 7) F e i n: Ein Fall von angeborener vorderer Atresie des Nasenloches. Wiener klin. Rundschau, 1902, Nr. 9, Str. 161.

II. Z kliniki chirur. Prof. Kadera w Krakowie.

Topografia wyrostka robaczkowego [1]).

Podał

Dr. Lud. Filimowski,

elew kliniki.

Piśmiennictwo dotyczące wyrostka robaczkowego jest nader obfite, sięga bowiem 3000 publikacyi; trudno więc jeszcze coś nowego o niem powiedzieć. Stosunkowo najmniej może o nim pisano w języku polskim.

W ostatnich czasach zabierał bardzo szczegółowo w tej sprawie głos Dr. Wł. Krajewski z Warszawy, opierając się na swoim bogatym materyale. Sądzę jednak, że spostrzeżenia nasze mają istotny cel, gdyż wszelkie bliższe zaznajomienie się z topografią wyrostka robaczkowego może się tylko przyczynić do tem większej pewności chirurga przy laparotomii, przedsiębranej w celu usunięcia wyrostka. Niemniej wyjaśniają one poniekąd, dlaczego w niektórych przypadkach, pomimo nader silnie występującej sprawy zapalnej, nie mamy ogólnego zapalenia otrzewnej, nawet wobec przedziurawienia wyrostka robaczkowego, i odwrotnie: w innym przypadku występuje ogólne zapalenie otrzewnej i sprawa kończy się niepomyślnie.

Przystępując do rzeczy, poświęcimy przedewszystkiem kilka słów anatomii okolicy kiszki ślepej i prawidłowemu położeniu wyrostka robaczkowego, oraz uchyłków, jakie się koło niej znajdują. Według Sonnenburga prawidłowy wyrostek robaczkowy wychodzi z tylnej ściany kiszki ślepej, na grubość palca niżej ujścia jelita cienkiego do kiszki ślepej, dalej idzie równolegle do jelita cienkiego, przechodzi przez mięsień lędźwioudowy i końcem swym wchodzi do miednicy małej.

Co się zaś tyczy owych uchyłków, to mamy ich w okolicy kiszki ślepej cztery, a mianowicie:

1) *recessus ileococcalis superior*, leżący nad fałdem otrzewnowym, ciągnącym się od jelita biodrowego do ślepego;

2) *recessus ileocoecalis inferior*, znajdujący się między jelitem biodrowem a wyrostkiem robaczkowym; odgraniczony on jest przez krezki; w części przez drugi fałd, który wychodzi poniżej jelita biodrowego;

3) *recessus coecalis* jest zagłębieniem, znajdującem się przy końcu kiszki ślepej, które od boku jest ograniczone przez dwa fałdy, idące właśnie ku kiszce ślepej;

4) niejednokrotnie natrafiamy na przestrzeń (kieszeń) odgraniczoną bocznie, znajdującą się pod kiszką ślepą pod nazwą *recessus subcoecalis*.

Zachęcony przez prof. Kadera, podjąłem badania moje w Zakładzie anatomii patologicznej, dzięki życzliwości profesora Browicza; obu czcigodnym profesorom składam na tem miejscu szczere podziękowanie. Spostrzeżenia moje tyczą się stu sekcyi, wśród których główną uwagę zwracałem na rzeczy, dla chirurga najważniejsze, a więc: na długość wyrostka robaczkowego, drożność jego, kierunek, miejsce przyczepienia do kiszki ślepej, oraz na krezkę, na jej szerokość, unaczynienie i grubość ściany.

Oprócz tych stu przypadków posiadam zebrane szczegóły z przypadków, operowanych w klinice krakowskiej z powodu rozmaitych stanów chorobowych około wyrostka robaczkowego; jednak te, jako nie stojące w związku z moim tematem, pomijam na razie. Chodzi mi bowiem na tem miejscu o przypadki, w których klinicznie zapalenie wyrostka robaczkowego było wykluczone.

Nadmienić przytem muszę, że zdarzało mi się niejednokrotnie, iż w przypadkach chorobowych, w których nie było wcale klinicznych objawów, przemawiających za tem, że toczyła się jakaś sprawa chorobowa koło wyrostka robaczkowego lub w nim samym, mimo to znalazłem 18 razy znaczne zmiany chorobowe w wyrostku robaczkowym. Potwierdza to zatem zdanie wielu autorów (Sonnenburg, Steiner, Graser, Jalaguier i wielu innych), którzy podają, że przy objawach minimalnych mogą być zmiany *in situ* bardzo znaczne i odwrotnie: przy dużych zmianach klinicznych mogą zachodzić nader niewybitne lub żadne zmiany anatomo-patologiczne.

Przystępując do naszych przypadków, zwrócę przedewszystkiem uwagę na długość wyrostka. Wahała się ona od 3 do 18 ctm., jak to stwierdzić można na przytoczonej tablicy, w wyrażonych odsetkach. Z tego szematu widzimy, że stosunkowo najczęściej długość waha się między 6 a 8 ctm., jednak wniosków jakichkolwiek co do długości i wieku wyciągnąć z tego nie można, gdyż u ludzi 70-letnich znajdowałem długość 4 ctm. i 10 ctm. Tę ostatnią długość znajdujemy i u dziecka rocznego, a niewielka różnica, bo 9 ctm., u kilkagodzinnego płodu. Wiek zatem nie odgrywa roli rozstrzygającej i łatwo się omylić, sądząc, jak to podają, że w wieku starczym, może być wyrostek zanikły, gdyż najdłuższy, jaki znalazłem, sięgał do 18 ctm. długości i należał do 80-letniego starca, miał dobrze rozwinięte ściany, w całej swej długości był drożny i wypełniony przy samym końcu półpłynnym kałem. Co do długości, to dodać jeszcze muszę, że znamy z piśmiennictwa przypadki, gdzie wyrostek był znacznie dłuższy, bo mierzył 20, a nawet 30 centymetrów.

Tablica.

Na sto wyrostków robaczkowych było:

Długość	Odsetek.	Kierunek.	Zmiany chorobowe.
3 ctm.	1%	1) Ku dołowi 28.	1) Zwężenia 9.
3 1/2 »	3		
4 »	4	2) » » »	2) Zwężenia i owrzodzenie 5.
4 1/2 »	3	Zwieszających się	
5 »	11	do miednicy małej było 16	
5 1/2 »	2	3) w bok 30	3) owrzodzenia 3.
6 »	11		
6 1/2 »	4		4) obrzmiały 1.
7 »	14	4) ku górze 18	
7 1/2 »	8		5) wśród zrostów 5.
8 »	14	5) przyrośniętych do jelita ślepego 5.	
8 1/2 »	1		
9 »	10	6) do poprzecznicy 1.	
10 »	5		
11 »	2		
12 »	3	7) z końca kiszki ślepej u dorosłego 2.	
13 »	1		
15 »	1		
15 1/2 »	1		
18 »	1		

[1]) Według odczytu wygłoszonego na Zjeździe chirurgów polskich.

Przechodzę do położenia wyrostka robaczkowego: 1) skierował się on ku dołowi 28 razy, z tego w 10 przypadkach był zagięty jeden raz, o końcu przyrośniętym do powięzi biodrowo-miedniczej. 2) Schodził ku dołowii zwieszał się do miednicy małej w 16 przypadkach, z tego 6 razy był ułożony całkowicie w miednicy małej. 3) Przypadków, w których wyrostek szedł w bok, było 30; w jednym koniec był przyrośnięty do jelita biodrowego, trzy zaś leżały tuż pod otrzewną w linii środkowej ciała, w okolicy pępka. 4) Ku górze szedł wyrostek w 18 przypadkach; jeden (u dziecka) leżał śród skrętów pod wątrobą. Naunyn opisuje przypadek zrośnięcia woreczka żółciowego z wyrostkiem robaczkowym.

Wyrostków przyrośniętych do kopuły kiszki ślepej było 5, do poprzecznicy 1. Z końca kiszki ślepej wychodził wyrostek w 2 przypadkach, był więc zachowany stan zarodkowy. Raz tylko wychodził po stronie zewnętrznej tak, że zastawka Gerlacha leżała wprost na przeciwnej stronie od zastawki Bauhina. We wszystkich przypadkach wyrostek odchodził od taśmy podłużnej *(taenia longitudinalis)*. Raz tylko jeden znalazłem, że zachowywał się pod tym względem odmiennie. W tym jednak przypadku szło ku wyrostkowi nieco włókien mięśnia podłużnego jelita.

Odsetkowo więc najczęściej wyrostek schodzi ku dołowi i w bok. Ponieważ zaś korzystnem jest tylko położenie w którymkolwiek ze wspomnianych uchyłków ze względu na to, że łatwiej może się wytworzyć odgraniczony ropień, a tem samem może nie przyjść do ogólnego zapalenia otrzewnej, przeto w przeważnej liczbie naszych przypadków (30 + 16) wyrostek robaczkowy znajdował się w położeniu dla osobnika niekorzystnem.

Co się tyczy przejścia wyrostka do jelita ślepego, to w 9% nie znalazłem zastawi Gerlacha, a tylko lejkowate zagłębienie; naturalnie w obliczeniu tem pomijam przypadki chorobowe ze zwężeniami.

Krezka wyrostka robaczkowego była tylko w 20 przypadkach bardzo wązka, zresztą dość szeroka i prawie zawsze (oprócz 6-ciu przypadków) istniało przyrośnięcie wyrostka do ściany kiszki grubej i ślepej; w 2-ch przypadkach koniec wyrostka był przyrośnięty do jelita cienkiego.

Przystępuję wreszcie do zmian chorobowych, jakie wśród naszych przypadków znalazłem. Osobniki te, mimo bardzo dokładnych rozpoznań i obserwacyi klinicznej, nie miały nigdy cierpieć na zapalenie wyrostka i napadom nie ulegały, a mimo to sekcya wykazała u nich zmiany chorobowe, daleko posunięte.

Wyżej podana tablica wykazuje dziewięć zwężeń światła wyrostka; dalej 5 zwężeń z towarzyszącem owrzodzeniem gruźliczem, 3 owrzodzeń gruźliczych bez zwężenia światła.

Odsetkowa ilość zmienionych wyrostków jest bardzo duża i daje nam pojęcie, jak w materyale, w którym zgoła tych zmian nie szukamy, jest o nie łatwo.

Wnioski zatem, jakiebym mógł z moich badań wysnuć, są następujące:

1) Wyrostek robaczkowy prawie zawsze wychodzi z taśmy podłużnej *(taenia longitudinalis)* i to z bocznej ściany jelita ślepego, nie biorę bowiem pod uwagę dwóch tylko przypadków, gdzie u osobnika dorosłego kiszka ślepa była kończysta i wyrostek wychodził z samego końca.

Idąc więc w czasie operacyi wzdłuż taśmy podłużnej, najłatwiej znaleźć wyrostek robaczkowy.

2) Nader często znajdujemy nieoczekiwane sprawy chorobowe, co stwierdza, że zapalenie wyrostka robaczkowego jest chorobą częstszą, niż ją rozpoznajemy.

3) Położenie wyrostka robaczkowego w przeważnej liczbie badanych przypadków miało kierunek dla osobnika niekorzystny, schodząc już to do miednicy małej, już też ku jelitom cienkim.

W bardzo dużej ilości przypadków zapalenie wyrostka przebiega nierozpoznane, z powodu minimalnych dolegliwości. Powinniśmy zwracać tem baczniejszą uwagę na rozpoznawanie tego cierpienia, a rozpoznawszy je, doradzać jak najrychlejszą operacyę, by módz ją wykonać *à froid*, kiedy ona wobec dzisiejszego stanu aseptyki niebezpieczeństwa dla chorego weale nie przedstawia.

Piśmiennictwo. Kaufmann: Lehrbuch d. spec. pathol. Anat. 1901. — Birch-Hirschfeld: Lehrbuch d path. Anat. II T. — E. Ziegler: Lehrb d. spec. path. Anat. — Aschoff u. Gaylord: Kursus d. path. Histologie. Wiesbaden. 1900. — Ribbert: Beitr. z. normal. u. path. d. Wurmfortsatzes. Virch. Arch. CXXXII. 1893. — Graser: Wurmfortsatz. peritonit. v. Langenbeck's Arch 41 Bd. 1891. — Sonnenburg: Path u. Therap. d Perityphlitis. — H. Joy u. F. Wright: Rokowanie w zapal. wyrost. rob. Med. News-The Lancet 26/4 1902 (referat w »Przegl. lekar.»). — Jalagnier: (Virch. u. Hirsch. Jahresbericht. XXXV, T. — Klemm: Tamże. Strona 683. — Steiner Zur path. Anat. d. Wurmforts. — Kraussold: Krankh. d. Proc. vermiform. Volkm. d. klin. Vorträg. — Dr. A. Müller: 100 Fälle v. Perityphlit. (Arch. f. klin. Chir. Berlin 1902). — Monks i Blake: Der normale Appendix. Centrbl. f. gesammte Mediz. Nr. 34, 1903.

III. Nowsze poglądy na istotę kamicy żółciowej i jej leczenie.

Podał

Dr. M. W. Herman.

(Ciąg dalszy).

Celem ostatecznym kolki żółciowej (jeżeli wogóle wolno na sprawy patologiczne zapatrywać się ze stanowiska teleologicznego), jest doszczętne usunięcie kamyków, środkiem, wiodącym do tego celu, parcie wysięku zapalnego częściowo może także ruchy robaczkowe ścian przewodów. Niestety niestosunek między pojemnością dróg żółciowych, a wymiarami kamyków, rzadko bardzo pozwala *vi medicatrice naturae* na osiągnięcie tego celu. Zdaniem Riedla napad taki, nazwany przezeń całkowicie skutecznym, ma miejsce zaledwie w 5% wszystkich przypadków kolki żółciowej. Kamyczki muszą być bardzo drobne, aby się zdołały przesunąć przez przewód pęcherzykowy, żółciowy i brodawkę dwunastnicy *(papilla duodni)* do jelit.

Częściej, (niestety dla chorych), napad bywa tylko „skutecznym“. Wówczas kamyk, zajmujący w pęcherzyku lub jego szyjce miejsce naczelne, czy to z prawa urodzenia, czy też z przypadku, zostaje wysunięty do przewodu żółciowego wspólnego, aby tam utkwić nieraz na długie czasy.

Do najczęstszych należą napady „bezskuteczne“, tj. takie, w których konkrement naczelny, czyli kluczowy nie zostanie przesuniętym poza przewód pęcherzykowy.

Różnym od trzech poprzednich jest napad czynny, który możemy uważać za pewnego rodzaju odmianę nieregularną, lub patologiczną napadu skutecznego, względnie całkowicie skutecznego. Skutkiem spraw zapalnych pęcherzyk żółciowy zrasta się z przednią ścianą powłok brzusznych, z żołądkiem, lub dwunastnicą, z poprzecznicą, lub

z wątrobą, i to w zrastaniu bierze udział dno, cały trzon, szyja, lub przewód pęcherzyka; w miejscu zrostu powstaje przedziurawienie i przez ten otwór wydostają się kamyki częściowo, lub całkowicie poza ścianki pęcherzyka.

Jednak napad, nawet bezskuteczny, nie mija bez śladu. Skutkiem przebytych spraw zapalnych na błonie śluzowej woreczka tworzą się owrzodzenia o różnej rozległości, a ścianki w całej swej grubości ulegają najpierw naciekowi zapalnemu, potem zbliznowaceniu. Następstwem tych zmian anatomicznych jest zmniejszenie się podatności i elastyczności woreczka i jego rozciągliwości, a z wrzodów na błonie śluzowej tworzą się z czasem blizny. Blizny zaś te, kurcząc się, powodują znaczne zmiany w kształcie pęcherzyka; o ile zaś owrzodzenie obrączkowe zajmowało cały obwód szyjki lub przewodu pęcherzykowego, może w tem miejscu nastąpić całkowite zarośnięcie światła. Rzadziej już widujemy owrzodzenia i zbliznowacenia w przewodzie wątrobowym lub żółciowym wspólnym, a prawie nigdy całkowite zarośnięcie. Proces zapalny nie kończy się oczywiście nagle na powierzchni pęcherzyka, przenosi się na najbliższą okolicę i stąd powstają zrosty z narządami sąsiednimi: z żołądkiem [w okolicy odźwiernika], z dwunastnicą, poprzecznicą i jej krezką, z siecią dużą, nerką prawą, z powłokami brzusznemi, lub też sprawa zapalna wprost jako taka przenosi się na miąższ gruczołowy trzustki. Zrosty te są nie bez pewnych korzyści, chronią bowiem do pewnego stopnia jamę otrzewnową przed ogólnem zakażeniem, powodują jednak cały szereg dolegliwości, niekiedy znacznych, jak np. wynikłych ze zwężenia odźwiernika, lub dwunastnicy, zaciśnięcia poprzecznicy, przemieszczenia nerki itd. Dziwnem jest, że najczęściej objawy kliniczne nie pozostają w żadnym stałym stosunku do rozległości i jakości dopiero co opisanych zmian anatomicznych. Tak np. powolne przedziurawienie pęcherzyka do żołądka lub jelita odbywa się tak „podstępnie“, że o fakcie dokonanym dowiadujemy się dopiero, gdy niespodzianie chory zwymiotuje kamyki, lub gdy wystąpią objawy ostrej, całkowitej niedrożności przewodu pokarmowego przez zatkanie światła jelita dużym kamykiem, lub zlepem mniejszych. A bywa też odwrotnie: małym zmianom anatomicznym towarzyszą przykre i dolegliwe objawy kliniczne.

Jedynie *cholecystitis acutissima gangraenosa,* zagrażająca bezpośrednio życiu chorego, przebiega zwykle wśród odpowiednio ciężkich objawów klinicznych, których powagę najczęściej potrafimy dobrze ocenić. Zresztą każda inna *cholecystitis calculosa* przebiega szybko, nie sprawiając na razie większej szkody choremu. Faktem jest bowiem, stwierdzonym niezliczoną ilość razy, że jak długo kamyki nie przejdą poza przewód pęcherzykowy, tak długo kamica żółciowa pozostaje cierpieniem miejscowem, wywołującem mały tylko odczyn w reszcie ustroju. Kolka, większe lub mniejsze wzdęcie brzucha, napięcie powłok i zależnie od stopnia napięcia, wyraźnie lub mniej wyraźnie wyczuwalny guz elastyczny, odpowiadający pęcherzykowi, obok podniesionej ciepłoty i zaledwie w 10% (najwyżej 20%) (Kehr) wyraźnej żółtaczki, to główne objawy, cechujące ten okres cierpienia i napad bezskuteczny. Kiedy nastąpi drugi napad i jaką mieć będzie formę, nigdy ani w przybliżeniu przewidzieć nie możemy. Czasami, zaledwie chory miał czas odetchnąć po pierwszym, pojawia się już drugi i trzeci itd. Kiedyindziej po pierwszym napadzie następuje okres utajenia, mogący trwać choćby lata całe. Tak samo brak wszelkiej reguły co do jakości, czyli formy napadu. Po kilku napadach bezskutecznych, pod formą *cholecystitis serosae*, pojawić się może ni stąd, ni zowąd *cholecystitis acutissima gangraenosa*, albo też po całym szeregu napadów bezskutecznych, które dosłownie żółcią poiły chorego przez lata całe, pojawia się wcale nieoczekiwany napad skuteczny, a za nim tuż w tropy, zakażenie dróg żółciowych, wiodące chorego krótką drogą do grobu!

Z chwilą przejścia kamyka w przewód żółciowy wspólny, nagle zmienia się obraz. Dzięki wcześnie i częściej podejmowanym zabiegom chirurgicznym przekonano się, że przewód żółciowy obdarzony jest zadziwiającą zdolnością do szybkiego nietylko rozszerzania się, ale i do proporcyonalnego pogrubiania swych ścian. Riedel opisuje przypadek, w którym podczas operacyi, podjętej 13 go dnia od wejścia kamyka do przewodu żółciowego, znalazł ten ostatni tak gruby, jak palec, o odpowiednio tęgich ścianach; Griffon zaś notuje spostrzeżenie, w którem przewód żółciowy był drożnym dla dwóch palców. Tę jednak niewątpliwie wysoce korzystną dla chorego właściwość przewodu żółciowego obniża ogromnie mała podatność brodawki dwunastnicowej (Vatera) i nie o wiele mniejsza sztywność tego miejsca, w którem przewód żółciowy wstępuje w ściany dwunastnicy. Te dwie przeszkody sprawiają, że kamyk łatwiej może wejść w ten przewód, niż zeń wyjść. I kamyk spocząć tu może na długie czasy, choćby na lata (przewlekłe zamknięcie przewodu żółciowego wspólnego). Przez pierwszych parę, czy kilka dni kamyk wypełnia szczelnie światło przewodu, którego dziewicze ściany obkurczają się wokoło intruza, zaklinowując go. Po krótkim już czasie, w miarę postępującego przerostu ścian, skurcz ustępuje i obok kamyka przepływa żółć do jelit, jakkolwiek nie bez pewnych trudności (Fengen, Riedel, Kehr). Zwolniony jednak i utrudniony przepływ żółci ułatwia zakażenie dróg żółciowych, które szerząc się od obwodu ku wątrobie, zajmuje wreszcie włosowate naczynia żółciowe, lub, co gorzej, przejdzie i poza te aż na miąższ wątrobowy. I mamy wówczas do czynienia z *cholangitis infectiosa,* o rozmaitym stopniu natężenia, powodującą niekiedy wyraźne ropnie wątrobowe. To jest jedno z najgorszych i bynajmniej nie wyjątkowych powikłań kamicy żółciowej, które tak często towarzyszy kamykowi w przewodzie żółciowym, a które niemal nigdy nie wydarza się, póki kamyki pozostają w pęcherzyku.

Nie brak w tym okresie choroby i innych powikłań. Skutkiem zastoju żółci rozszerza się przewód wątrobowy i jego rozgałęzienia; w rozstrzeniach tych gromadzi się żółć więcej, lub mniej zakażona. Są zatem wszelkie warunki do tworzenia się nowych, następowych złogów, które też wytwarzają się niekiedy w ilości i rozmiarach nie do uwierzenia. Powikłanie to jest również ogromnie nieprzyjemnem, rzadko bowiem udaje się usunąć doszczętnie kamyki, ukryte głęboko w miąższu wątrobowym.

Wreszcie tak tu (t. j. w przewodzie żółciowym wspólnym), jak i w pęcherzyku, przyjść może, prawdopodobnie skutkiem ciągłego drażnienia mechanicznego, do rozwinięcia się raka. Z tą chwilą chory jest niemal bezwarunkowo stracony, trzebaby bowiem idealnych warunków, aby módz nowotwór usunąć doszczętnie.

Ale i w najszczęśliwszych przypadkach, t. j. w takich, w których wszystkie poprzednio wymienione powikłania zostaną chorym oszczędzone, nie obywa się bez wielkich dolegliwości. Pomijając niebezpieczeństwa z przesycenia krwi żółcią, a braku żółci w jelitach przez pierwsze czasy po wstąpieniu kamyka do przewodu żółciowego, w okresie utajenia ciągle grozi niebezpieczeństwo mogącego w każdej chwili wystąpić zakażenia dróg żółciowych i powtórzenia się ostrego napadu. Jak w pęcherzyku, tak i tu wokoło kamyka wybucha od czasu do czasu *perixenitis* z kolką, żółtaczką (której jednak zdaniem Kehra brakować może w 33%), powiększeniem wątroby i znacznym upadkiem stanu ogólnego. W czasie tych napadów pęcherzyk bywa niemacalny. Po krótkim czasie dolegliwości te mijają, jedynie żółtaczka ustępuje powoli. Zdarzyć się jednak może, że zanim żółtaczkowe zabarwienie miało czas ustąpić po poprzednim napadzie, już nowy się pojawia, który ustępującą żółtaczkę znów do pierwotnego tonu podmalowuje. Te wahania się w natężeniu żółtaczki są cechujące niemal dla przewlekłego zamknięcia kamykiem przewodu żółciowego wspólnego. Jeżeli żółtaczka przez dłuższy czas utrzymuje się na jednym stopniu, lub co gorzej z biegiem czasu się wzmaga, musimy podejrzywać ciężkie powikłanie, czy to w formie *cholangitis infectiosa* (Ehret i Stolz), czy też jako *pancreatitis interstitialis fibrosa*, czy wreszcie w najgorszej formie, jako *epithelioma ductus choledochi*. W pierwszym razie stwierdzimy klinicznie objawy ogólnego zakażenia w formie ostrej lub przewlekłej, zależnie od stopnia jadowitości zakażających bakteryi. W dwóch następnych przypadkach, zwłaszcza zaś w ostatnim, w odróżnieniu od *cholangitis infectiosa*, znajdziemy pęcherzyk żółciowy wyraźnie macalny, wypełniony i rozszerzony płynem surowiczym (Kehr) obok postępującego charłactwa i pojawiającego się płynu wolnego w jamie otrzewnowej. Największe trudności rozpoznawcze przedstawia *pancreatitis chronica fibrosa*. (C. d. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Erste ärztliche Hülfe bei plötzlichen Erkrankungen und Unfällen. In Verbindung mit Bergmann, Gerhardt, Liebreich und Martin herausgegeben von Prof. G. Mayer. *(Berlin 1903. August Hirschwald.* Opraw. 8 M.).

Udzielanie pierwszej pomocy lekarskiej w nagłych wypadkach znacznie się rozwinęło w ostatnich czasach i prawie we wszystkich miastach istnieją dziś wzorowe towarzystwa dla niesienia doraźnej pomocy. W połączeniu z tem prawie wszędzie odbywają się pouczenia laików w udzielaniu pierwszej pomocy i istnieją już do tego celu liczne broszurki i wydawnictwa, opracowane dla różnych sfer i zawodów. Lecz mylnem było zapatrywanie, że pouczenie w niesieniu pierwszej pomocy potrzebne jest tylko dla laików, albowiem nie wszystkie przy wypadkach wymagane czynności i zabiegi każdemu medykowi i lekarzowi są znane. Książka, z której sprawę zdajemy, przeznaczona jest wyłącznie dla lekarzy i posiada dla nich o wiele większą wartość, niż wszelkie inne tego rodzaju wydawnictwa. Materyał podzielony jest na pięć części, z których pierwsza, najobszerniejsza, opracowana przez Bergmanna, traktuje o pierwszej pomocy w wypadkach chirurgicznych; w drugiej części ś. p. Gerhardt podał wskazówki dla niesienia pomocy w nagłych zachorzeniach wewnętrznych; trzecia część, opracowana przez Liebreicha, zajmuje się ratowaniem otrutych; Martin omawia pierwszą pomoc lekarską w chorobach kobiecych i w położnictwie, a w ostatniej, piątej części wydawca, Prof. Mayer, omawia pierwsze zabiegi lekarskie przy ratowaniu nieprzytomnych i w przypadkach śmierci pozornej. Dla ożywienia treści książka jest trzymana w formie wykładów.

Wielce pouczająca treść posiada istotną wartość nietylko dla uczniów medycyny, lecz i dla lekarzy, którzy w pewnych wypadkach mogą się w tej książce łatwo zoryentować. Wykłady chirurgiczne Bergmanna są szczególnie zajmujące; omawiane są w ogólności zabiegi i czynności, wymagane od lekarzy stacyi ratunkowych, a nie n. p. pomoc w polu i t. p. Nie jest on za zbytniem zalewaniem ran środkami przeciwgnilnymi, lecz za suchem wytarciem wacikami jałowymi i opatrunkiem po dokładnem zatamowaniu krwi, gdyż krew skrzepła jest najlepszą glebą dla zarodków ropotwórczych. Ma on większe zaufanie do świeżo wyprasowanej bielizny z szafy dobrej gospodyni, niż do pakunków opatrunkowych żołnierzy. Dla leczenia oparzeń poleca opaskę bizmutową Bardelebena, którą przy oparzeniach twarzy zastępuje się posypywaniem proszku z bismutu i mączki w równych częściach. W bezwzględnej niedrożności cewki moczowej, w uszkodzeniach i ciałach obcych w cewce, których wyjęcie jest bardzo utrudnione i wymaga operacyi, a cewnikowanie w żaden sposób nie jest możebne, poleca B., jako pomoc doraźną, nakłócie włosowate (*Capillar-Punction*) pęcherza nad spojeniem łonowem igłą Pravaza lub cieniutkim trójgrańcem, poczem bóle i parcie natychmiast ustają i chory może być przewieziony do zakładu lub czekać na operacyę. Ranka po nakłuciu natychmiast się zamyka i jeśli to okaże się konieczne, to można ten zabieg kilkakrotnie powtarzać. W piątej części dokładnie przedstawione są oznaki śmierci i zajmujący jest przegląd historyczny o tanatologii (nauka o śmierci) i o ratowaniu nieszczęśliwych. Dowiadujemy się, że w dawnych czasach nie wolno było ratować tonących bez poprzedniego zezwolenia zwierzchności, a różne przesądy wzbraniały ratowania samobójców, gdyż ich dotknięcie czyniło człowieka nieuczciwym. Dopiero z końcem wieku XVIII ukazują się wszędzie rozporządzenia rządowe, nakazujące ostro ratowanie nieszczęśliwych, podające zarazem odpowiednie zabiegi i wyznaczające premie dla ratujących.

Kilka drobnych braków powinno być uzupełnione w następnem wydaniu. Niema bowiem wzmianki o wyjęciu ciał obcych z pod skóry, paznokci i t. p., o bezpośredniem wyciąganiu ciał obcych z oskrzeli, o udarze elektrycznym, o możebności przenoszenia chorych po krwotoku płucnym i kilka innych. Ponieważ książka przeznaczona jest dla lekarzy, nie ma tych różnych rycin, zdobiących wydawnictwa popularne (na 438 stronic jest tylko 5 rycin), lecz w piątej części ryciny ułatwiłyby znacznie zrozumienie mniej znanych przyrządów dla ratowania uduszonych i t. p.

Dr. Fels.

V. Wyciągi.

F. Umber, (Berlin). **O zmianie istoty chemicznej białka wskutek jednostronnego rozpadu w organizmie.** (*Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 39. 1903). Jeżeli wskutek zaburzeń w przemianie materyi, n. p. w ciężkiej cukrzycy, pewne grupy w drobinie białka zostaną w nadmiernej ilości usunięte, wówczas należałoby się spodziewać, że pozostałe w organizmie białko będzie się różnić od normalnego, n. p. w cukrzycy powinno stawać się uboższe w grupy cukrotwórcze. Pierwszy Kraus udowodnił doświadczalnie, że w sztucznej cukrzycy (florydzynowej) zjawia się w organizmie białko o typie chemicznym jednostronnie zwyrodniałym, mianowicie zubożałe w pewne grupy atomów, które stoją w związku z tworzeniem się cukru, w szczególności zubożałe w leucynę. Podobnie Blumenthal starał się udowodnić, że białko krwi w cukrzycy florydzynowej staje się uboższem w grupy węglowodanowe, chociaż dowód ten, jako polegający jedynie na reakcyach barwnych, jest bardzo nieścisły.

Autor używał do swoich doświadczeń trojga kociąt jednego rzutu, z których jednemu wytwarzano głód glikokolowy przez podawanie benzoesanu sodowego; u drugiego tak samo, a w dodatku

pod koniec doświadczenia głodzono; trzecie zaś karmiono normalnie. Dwoje kociąt innego rzutu głodzono z podaniem i bez benzoesanu sodowego. Po padnięciu, względnie zabiciu kocięcia oczyszczano jelita i pęcherz, następnie zwierzę siekano, suszono odtłuszczone przez ekstrakcyę alkoholem i chloroformem, a w ten sposób otrzymaną jednostajną mieszaninę rozkładano przez kilkogodzinne gotowanie z kwasem solnym. W mieszaninie aminokwasów, będących produktami opisanej hidrolizy całego zwierzęcia, oznaczano ilość węgla, azotu, a następnie szczegółowo ilość kwasu glutaminowego, glikokolu, wreszcie innych aminokwasów, które po zesteryfikowaniu ich rozdzielano przez cząsteczkową destylacyę w próżni. Stosunek węgla do azotu C:N wynosił u kota normalnego 3,36, u wszystkich zaś innych, czy to głodzonych bezwzględnie, czy też wystawionych na głód glikokolowy, stosunek ten obniżał się na 2,27 — 3,25, nigdy jednakże nie schodził poniżej tej ostatniej wartości. Otrzymany rezultat badania świadczy bezsprzecznie, że białko ustroju może się stać w warunkach dla zwierzęcia niekorzystnych uboższem w węgiel; zubożenie to jednak dosięgnąć może co najwyżej wartości C:N 3,25. Stosunek ten jest niższym niż w białku czystem, albowiem dla albuminy, a tak samo dla globuliny, wynosi stosunek C:N 3,33, a więc tylko nieco niżej niż u normalnego zwierzęcia. Niezależnie od stosunku węgla do azotu zmienia się ilość poszczególnych aminokwasów jak glikokolu, alaniny, leucyny i t. d. i to w granicach bardzo szerokich tak, że przez sztuczny jednostronny rozpad białka w organizmie można dojść do białek, które wprawdzie nie okazują zbyt wielkich różnic w stosunku węgla do azotu, a które jednak możnaby nazwać chemicznie zwyrodniałemi w porównaniu z białkiem normalnem. *Seńkowski.*

G. Klemperer. **Leczenie kamicy nerkowej. II***). (*Die Therapie der Gegenwart*, 1903, wrzesień). Kolka nerkowa kończy się często wydaleniem kamyka i teraz dopiero rozpoczyna się leczenie ważniejsze, t. j. zapobieżenie nawrotom choroby. Kamyk nerkowy składa się zwykle z części krystalicznej i z jądra organicznego, powstającego z istoty śluzowej, która zdaje się pochodzić z prawidłowej błony śluzowej miedniczki nerkowej, względnie pęcherza i składa się z nukleoalbuminy. Ta organiczna istota jest składnikiem każdego prawidłowego moczu, a nie jak myślano dawniej, że nieżyt błon śluzowych wytwarza dopiero istotę podstawową dla kamyków nerkowych. A zatem leczenie zapobiegawcze polega na tem, by przeszkodzić wypadaniu kryształków z moczu w obrębie prawidłowych dróg moczowych; istota podstawowa bowiem zawsze istnieje. Oczywiście, że przez wypadnięcie jednego, lub kilku kryształków nie powstaje jeszcze kamyk, jeśli nie mają one sposobności dłuższego zatrzymania się i powiększania; dlatego drugiem zadaniem leczenia zapobiegawczego jest wydalanie i najmniejszych kryształków z dróg moczowych. To ostatnie zadanie polega na przepłókiwaniu narządu moczowego. Gdzie bowiem mocz skąpo się wydziela, tam składniki mogą z stężałego moczu łatwiej wypadać, zatrzymać się i powiększać, dlatego kamyki nerkowe często się zdarzają przy oliguryi, a bardzo rzadko przy polyuryi. W białaczce i dnie np., mimo znacznej ilości wydzielonego kwasu moczowego kamyki są rzadkie, ponieważ ilość moczu zwykle jest obfita, u kobiet np., które z przyzwyczajenia, lub z obawy tycia niesłusznie mało piją, kamyki są częstsze. U wielu mężczyzn natomiast mogą powstać kamyki z powodu przejściowej oliguryi dziennej, bo piją tylko rano i wieczór, choć często wieczorny przypływ spłucze nagromadzone kryształki, które bez tej, skądinąd mniej chwalebnej ilości piwa i wina wyrosłyby do kamyka. To też dla zapobieżenia kamicy przyjmowanie napojów musi być dostateczne i nastąpić w regularnych odstępach, by zapewnić ciągłe przepłókiwanie narządu moczowego przez oddawanie co 3—4 godzin $^1/_4$ litra czystego i jasnego moczu. Dzienna ilość moczu powinna wynosić przynajmniej 1500—2000 ctm. sz., co ze względu na wydzielanie przez skórę, płuca i jelita wymaga wypicia $2^1/_2$ litra płynu na dobę. Zabronienie napojów wyskokowych wcale nie jest potrzebne, a piwo i lekkie wina pod pewnym względem mogą być pożyteczne. Najlepiej działa woda, szczególnie regularne picie naturalnych wód słabo alkalicznych i zawierających kwas węglowy; kuracyjne picie wody tylko przez cztery tygodnie nie wystarcza. Także czysta woda jest bardzo pożyteczna; dorastające dzieci i robotnicy tak rzadko cierpią na kamyki nerkowe, bo często piją wodę. Można zresztą do wody dodawać małe ilości dwuwęglanu sodowego, lub też sok cytrynowy ze skąpą domieszką dwuwęglanu sodowego daje napój równoważny wielu naturalnym szczawom alkalicznym. Autor zestawia szemat porządku napojów dla cierpiących na kamyki nerkowe: 7—8 godz rano $^1/_2$ litra kawy, herbaty, kakao, lub zupy; godz. 11, $^1/_4$ litra bulionu, limoniady, wody mineralnej, lub mleka; godz. 2 popołudniu, $^1/_4$ litra zupy, $^1/_2$ litra napoju, według przyzwyczajenia, lub wskazania wody mineralnej, limoniady, soku owocowego, piwa, lub wina; godz. 5, $^1/_4$ litra kawy, herbaty, lub wody; godz. 8, $^1/_2$ litra piwa, wody, mleka słodkiego, lub kwaśnego; godz. 11, wieczór $^1/_4$ litra napoju wyskokowego, lub wodnego, względnie wody ocukrzonej, soku cytrynowego, lub naparu kozłka.

By zapobiedz wypadaniu kryształków, musimy uregulować dyetę i to zależnie od tego, czy chory cierpi na kamyki moczanowe, szczawianowe, lub fosforanowe. Wogóle można powiedzieć, że każde jednostronne pożywienie może w połączeniu z nieregularnem przyjmowaniem napojów wywołać kamyki nerkowe, wyłączna dyeta mięsna daje powód do kamyków moczanowych, fanatyczny wegetaryanizm — kamyki szczawianowe, lub fosforanowe. Najodpowiedniejsza jest dyeta mięszana, składająca się z mięsa, jarzyn, owoców, mleka, jaj i legumin, a zbytnie dodawanie korzeni i soli do pokarmów powoduje albo nadmiar kwasu solnego w żołądku, szkodliwy dla cierpiących na kamicę nerkową, albo sole, przechodząc w większej ilości do moczu, ułatwiają wykrystalizowanie innych składników.

Ponieważ mięso, szczególnie narządy gruczołowe (grasica, wątroba, nerki i t. d.) tworzą obfity kwas moczowy, polecamy ludziom, którzy cierpią na kamyki moczanowe, lub wydzielają kryształki moczanowe, dyetę mięszaną, obejmującą mniejwięcej pół funta mięsa dziennie. Zabraniać im zupełnie mięsa, niema potrzeby; również niema różnicy między czarnem, a białem mięsem; rosołu nie trzeba zabraniać, rybę należy traktować, jak mięso. Drugiem ważnem zadaniem jest rozpuszczanie kwasu moczowego, tak samego, jakoteż jego rozpuszczalnych połączeń zasadowych. Pierwsze uskutecznia prawidłowy barwik moczu, urochrom, na który jednak dyetą nie możemy wywierać żadnego wpływu. Jest to regulacyą samego ustroju, że im więcej stężony jest mocz, temwięcej zawiera barwika, który utrzymuje wolny kwas moczowy w rozpuszczeniu. Rozpuszczalne zaś sole moczanowe są zależne od dyety roślinnej; dlatego najodpowiedniejszą dla tych chorych jest dyeta, polegająca przy średniej ilości mięsa na używaniu ryby i pokarmów strączkowych, dużo jarzyn i owoców. By zaś nie obciążać zbytnią ilością jarzyn i owoców, polecamy przetwory alkaliczne w formie dwuwęglanu sodowego, którego ilość musi być tem większa, im więcej mięsa, ryby i jarzyn strączkowych się spożywa. Sodę najlepiej zażywać dopiero w 3—4 godzin po spożyciu mięsa, gdyż bezpośrednio potem, z powodu zatrzymanego w żołądku kwasu solnego mocz jest uboższy w kwasy. Najodpowiedniejszym sposobem podawania alkaliów są wody mineralne (2—3 razy dziennie po $^1/_4$ litra), obfitujące w wolny kwas węglowy, który jeszcze powiększa rozpuszczalność moczanów. Naturalne wody mineralne dają się zastąpić odpowiedniemi rozczynami dwuwęglanu sodowego, a szczególnie rozcieńczone soki owocowe z małym dodatkiem dwuwęglanu sodowego dają korzystne wyniki. Wszelkie leczenia owocowe (winogrona, cytryny), wchodzą tu również w rachubę. Przy skłonności więc do wypadania kwasu moczowego dyeta powinna się składać z średnich ilości mięsa, obficie jarzyn i owoców bez szczegółowego wyłączenia innych potraw i z codziennym dodatkiem $^1/_2$—$^3/_4$ litra alkalicznej wody mineralnej.

Szczawian wapniowy moczu pochodzi po największej części z pożywienia roślinnego, szczególnie ze szpinaku, herbaty i kakao, w mniejszej ilości z innych jarzyn, owoców i piwa; mięso zawiera mało kwasu szczawiowego. Kwas szczawiowy z nierozpuszczalnych soli wapniowych pokarmów dopiero przez kwas solny żołądka staje się rozpuszczalny i wessalny; im kwaśniejszy jest sok żołądkowy, tem więcej kwasu szczawiowego może przejść do moczu. Dlatego przy skłonności do wypadania szczawianu wapniowego z moczu dyeta powinna się składać z mięsa, pokarmów strączkowych, legumin, kartofli, z średnich ilości jarzyn i owoców (jabłek), z zaniechaniem szpinaku, jaj, herbaty, kakao, tudzież większych ilości mleka. Podczas jedzenia poleca się picie wód alkalicznych, by przez osłabienie kwasu żołądkowego alkaliami nie dopuścić do wessania małych ilości kwasu szczawiowego, zawartych w pożywieniu.

Kryształki fosforanu wapniowego wypadają z moczu, jeśli oddziaływanie jego jest alkaliczne; oddziaływanie to występuje, jeśli wskutek zakażenia bakteryjnego moczu mocznik rozkłada się na kwas węglowy i amoniak; wtedy należy leczyć przyczynowo, względnie stosować dezinfekcyę i przepłókiwanie dróg moczowych. Lecz tu idzie o t. zw. „alkalinuryę stałą“, t. j. alkaliczność, spowodowaną przeszkodą dostawania się kwaśnych drobin ze krwi do moczu. O tej alkalinuryi wiemy tylko, że często jest ona połączona z obfitością kwasu solnego w żołądku; dlatego u ludzi zdrowych występuje przejściowo podczas trawienia tem wybitniejsze oddziaływanie alkaliczne moczu, im obfitszy był posiłek. Skoro zaś kwas solny wraca do krążenia krwi, t. j. 3—5 godzin po większym posiłku, to powraca także oddziaływanie kwaśne moczu. Ta alkali

*) Pierwszy wykład, patrz »Przegl. lek.« 1903, str. 113. Autor zapowiada na przyszłość jeszcze trzeci wykład o środkach leczniczych i higienie i o rzadszych formach kamyków nerkowych.

nurya zostaje jednak stałą, jeśli kwaśna treść żołądkowa przez wymioty lub wypłókanie dostaje się na zewnątrz, oraz u ciężkich neurasteników, którzy równocześnie cierpią na nadkwaśność żołądka, gdyż może skurcz odźwiernika zbyt długo zatrzymuje kwas solny w żołądku. Doświadczenia też pouczają, że leczenie alkalinuryi polega przedewszystkiem na poprawie stanu nerwowego i usunięciu istniejących zaburzeń w narządzie pokarmowym, a dyeta musi być mięszana, składać się z mięsa, legumin, potraw mlecznych i jaj. Zaniechać należy nadmiaru jarzyn i owoców, jakoteż soków owocowych i oczywiście wód alkalicznych. Obfite moczenie osiąga się przez picie czystej wody, najlepiej nasyconej kwasem węglowym.
Dr. Fels.

Fuchs. **Uwagi anatomiczne i kliniczne o naparzaniu (waporyzacyi) macicy.** (*Arch. f. Gyn.* T. 69, Z, 1, 1903). Rozprawę poprzedza krótki rys historyczny, dotyczący powstania i rozwoju tej metody, poczem następuje opis techniki postępowania. Najlepsze wyniki otrzymuje się przy działaniu parą o bardzo wysokiej ciepłocie, do 120° C., ale tylko przez krótki czas 30—45 sekund; przy tem postępowaniu bowiem wytwarza się bardzo szybko strup, który nie pozwala parze działać zbyt głęboko, podczas gdy przy dłuższem stosowaniu niższej ciepłoty działanie gorąca drąży wgłąb powoli, niszcząc zupełnie gruczoły i powodując zrośnięcie się przeciwległych ścian. W przeciwieństwie do wielu ginekologów radzi autor przed każdem naparzaniem wykonać skrobanie, działanie bowiem pary jest wówczas jednostajne, a zarazem można wyskrobane masy poddać badaniu drobnowidowemu, które w tych przypadkach jest ważne i nieraz naprowadza dopiero na istotne rozpoznanie. Sam zabieg należy, wbrew twierdzeniu Pinkusa (sprawozdanie „Przegl. lek." Nr. 21—1903), wykonywać w uśpieniu. Jama macicy powinna być o ile możności suchą, a samą rurką należy po wprowadzeniu jej do macicy wykonywać szybkie ruchy naprzód, wstecz i na boki w celu osiągnięcia jednostajnego działania na całej powierzchni. Wskazanie do śródmacicznego zastosowania gorącej pary występuje tam, gdzie obfite lub długotrwałe krwotoki zagrażają życiu chorej i opierają się wszelkiemu dotychczas znanemu leczeniu. Tu należą krwotoki maciczne, rzadkie na tle krwawiączki, krwotoki, występujące wskutek obecności mięśniaków macicy, do czego jednak nadają się tylko przypadki mięśniaków podsurowiczych i śródmięśniowych; w krwotokach na tle mięśniaków podśluzowych należy tej metody unikać. Wielkie i zasłużone zastosowanie zyskała ta metoda przy krwotokach w okresie przejściowym. Dalej w chorobach wyniszczających ustrój, np. gruźlica, gdzie idzie o stałe usunięcie krwawień miesięcznych; w tych razach mówimy o t. zw. „castratio uterina atmocaustica" (Pinkus). Wreszcie tu należą przypadki krwotocznego zapalenia błony śluzowej macicy, o ile jednak cierpienie to dotyczy kobiet w pełni okresu płodzenia, radzi autor metodę tę ograniczyć tylko do tych przypadków, gdzieby ona mogła zastąpić całkowite wyjęcie macicy. W końcu autor omawia anatomię i histologię kilku preparatów, otrzymanych w jakiś czas po zastosowaniu tej metody i podaje krótkie historye choroby 68 przypadków, w których metodę tę stosował zawsze w połączeniu ze skrobaniem i które miał sposobność oglądać w jakiś czas po zabiegu: z tych 60 = 88·2% okazywało stale dobre wyniki, pięć względnie dobre, a trzy złe.
Dr. E. Ehrenpreis.

Haug. **Ciało obce w okolicy trąbki Eustachiusza po poprzedniej operacyi doszczętnej.** (*Archiv für Ohrenheilkunde* Tom 57, 1903). Chory, wyleczony po operacyi doszczętnej, zatykał sobie ucho watą, używając do tego szczypczyków. Pewnego dnia włożył sobie watę za daleko i nie mógł jej pomimo usiłowań wydostać. Po kilku dniach uczuł w uchu i w gardle po stronie operowanego ucha ból dość silny. Badanie wykazało zapalenie ucha, niedrożność trąbki Eustachiusza, która przedtem zawsze była drożną i zaczerwienienie łuków podniebiennych ponad migdałkiem. Siódmego dnia od wypadku utworzył się w miejscu zaczerwienienia ponad migdałkiem ropień, z którego po nacięciu wydobyto kawałek waty. H. tłómaczy sobie ten przypadek w ten sposób, że prawdopodobnie chory przy usiłowaniu wydobycia waty z ucha uszkodził ścianę jamy pooperacyjnej i wepchnął watę do części miękkich, otaczających trąbkę Eustachiusza. W wywiadach chory podaje, że po wypadku szła mu krew z ucha.
Dr. Teofil Zalewski.

Thost. **Objawy kliniczne gorączki siennej i jej leczenie.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, 25). Na podstawie 400 dokładnie spostrzeganych przypadków podaje autor przegląd objawów gorączki siennej i wykazuje statystycznie, że do tej choroby szczególnie skłonne są osoby, które przy natężeniach fizycznych i umysłowych przebywają dużo na wolnem powietrzu, (oficerowie, lekarze itp.). Leczenie polega przedewszystkiem na ogólnych środkach higienicznych (hartowanie, przebywanie w chłodnych miejscach zamkniętych, unikanie zbyt ciepłej odzieży itp.), dalej leczenie miejscowe (kokaina, adrenalina, płókania, przypalania). W 47-miu przypadkach zastosowano antytoksynę Dunbara; w 17 z nich wynik był zupełnie pomyślny, w 12 krótkotrwały, w 8 ujemny. Chorzy powinni środek ten wpuszczać sobie do nosa i do oczu 3—4 razy dziennie.
Spira.

Bourcart. **Badania nad obecnością prątków błonicy u ozdrowieńców i u osób zdrowych, stykających się z dotkniętymi tą chorobą.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1903. Wrzesień). Wyniki poszukiwań autora zgadzają się w ogólnym zarysie z pojęciami przyjętemi dziś przez większość badaczy. Dowodzą one, że: 1) prątek Löfflera może wprawdzie znajdować się w połyku osób, które nie przebywały świeżo błonicy, jednakże należy uważać obecność jego za wyjątkową. Nawet u osób stykających się bezpośrednio z chorymi na błonicę badania połyku lub jamy nosowej dają bardzo rzadko wynik dodatni i to najczęściej u dzieci (18 przypadków na 100); u dorosłych w tych samych warunkach (lekarzy, studentów, dozorczyń), na 30 badanych przypadków autor nie spotkał ani razu prątka błoniczego; 2) u osób dotkniętych błonicą i leczonych surowicą swoistą prątek Loefflera znika wraz z ustąpieniem błon w 65 przypadkach na 100; utrzymuje się przez kilka dni po ukończeniu choroby w 20 przypadkach na 100; po dłuższym czasie wykazać go można było w 15% przypadków; 3) badając w bliskich odstępach czasu jamę nosową i połyk tego samego chorego, można nieraz stwierdzić, że prątek, utrzymujący się po ustąpieniu błon, przybiera formy nietypowe, odznaczające się zwykle znacznem obniżeniem jadowitości.
Dr. T. Żeleński.

Prof. König. **Uwagi nad leczeniem i przebiegiem ran postrzałowych płuc w praktyce podczas pokoju.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1903, Nr. 32). Na podstawie swego materyału, który później szczegółowo zostanie opracowany, przychodzi K. do następujących ostatecznych wniosków. Bezpośrednie czynne wkroczenie chirurgiczne przy ranach postrzałowych klatki piersiowej usprawiedliwione jest jedynie wówczas, jeżeli mamy pewne podstawy do przypuszczenia, że źródłem krwotoku, zagrażającego życiu, jest skaleczona tętnica międzyżebrowa, lub sutkowa wewnętrzna. Dalej, jeżeli 2-go, lub 3-go dnia po obrażeniu, ciepłota znacznie się podniesie, a tętno wybitnie się przyśpieszy i wystąpi duszność, wówczas otworzenie jamy opłucnowej staje się koniecznem. Te same objawy, występujące w dalszym przebiegu, wymagają również zabiegu operacyjnego, wskazują bowiem na zakażenie wylanej krwi wydzieliną oskrzeli. W każdym innym przypadku uważa K. torakotomię w 2-gim, lub 3-cim dniu wykonaną o tyle za pożyteczną, o ile wykonaną zostanie ściśle aseptycznie. W ten bowiem sposób uchronić możemy chorego od mogącego się zdarzyć późniejszego zakażenia krwiaka opłucnowego drogą oskrzeli i skracamy czas gojenia się. Przekonano się bowiem, że gdy wessanie krwi z jamy opłucnowej przewleka się miesiącami, skracamy znakomicie czas leczenia przez nakłócie klatki piersiowej.
Herman.

Dr. J. Elgart. **Dwa przypadki wgłobienia biodrowo-kątniczego u dorosłych, wyleczone operacyjnie.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 1902, Nr. 32). W pierwszym przypadku (dziewczyna 31-letnia) wgłobienie wystąpiło ostro. Operacyę wykonano 3-go dnia choroby. Po częściowem odgłobieniu, kiedy wgłobienie (już tylko na jelicie biodrowem) rozwinąć się dalej nie dało, wyciął E. część pozostałą całkowicie (około 60 ctm.) i jelito zespolił osiowo guzikiem Murphyego; nastąpiło wyzdrowienie. W drugim przypadku, tyczącym się również kobiety 33-letniej, wgłobienie miało charakter wybitnie przewlekły. Operacyę wykonano w 5-tym miesiącu choroby. Mimo zrostów odgłobienie udało się całkowicie. Kątnicę przyszyto do talerza biodrowego. Wyzdrowienie.
Herman.

Dr. H. Salomon. **W sprawie rozpoznawania raka żołądka.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 31). S. zauważył, że w wodzie, którą kilkukrotnie przepłókiwano czczy żołądek, dotknięty rakiem, wykazać było można odczynnikiem Esbacha białko, a N w 100 grm. tej wody wynosi więcej, niż 26 mlgr. Zjawiska tego nie stwierdził S. w innych przewlekłych cierpieniach żołądka, nie było go nawet w przewlekłym wrzodzie żołądka.
Herman.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Leczenie biegunki u niemowląt zapomocą żelatyny. (*Sémaine médicale* 1903, Nr. 36). Prof. Weill z Lugdunu przeprowadził w tym kierunku szereg doświadczeń i otrzymał w wielu przypadkach dobre wyniki. Żeby żelatynę uczynić zupełnie czystą i nieszkodliwą, należy ją poprzednio poddać wyjałowieniu w autoklawie, lub przynajmniej gotowaniu przez 3 kwadranse. Weill wyjaławia roczyn 10%, poczem rozdziela go do probówek. Każda probówka, zawierająca 10 sz. ctm., a zatem 1 grm. żelatyny, stanowi zawar-

tość, którą dodaje się wprost do jednorazowego posiłku dziecka. W razie potrzeby można ilość tę podwoić tak, że dziecko spożywa przez dobę 12—14 gramów żelatyny. Pod wpływem tego leczenia liczba stolców ma ulegać znacznemu zmniejszeniu; również charakter ich zbliża się stopniowo do typu prawidłowego. Zmiany te występują nieraz już po czwartej, lub piątej dawce. Naturalnie leczenie to, czysto mechaniczne, niema wpływu na stan ogólny, tam, gdzie mamy do czynienia z objawami zatrucia z przewodu pokarmowego. Również w przypadkach cholery dziecięcej nie należy spodziewać się dobrych wyników. *Dr. T. Żeleński.*

Teocyna, czyli **teotylina** (*Dimethylxantin*) według sprawozdań Dr. Riegla ma być wybornym środkiem moczopędnym, a działanie jej przypisać należy pobudzaniu miąższu nerkowego do większej czynności; to też przy obrzękach zastoinowych pochodzenia sercowego, lub puchlinie brzusznej, towarzyszącej marskości wątroby, podawana kilkakrotnie dziennie w dawkach do 0·25, zwiększa trójkrotnie, a nawet wyżej ilość dobową moczu. Działanie jej występuje szybko i trwa dwa do trzech dni. Pobudzając wydzielniczo miąższ nerkowy, nie drażni go wcale. W przewlekłych chorobach nerek skutek jej wydatniejszy, niż w ostrych. Dzieciom podaje się w rozczynach 0·1 na 75·00 wody 3·5 łyżeczek dziennie. Z działań ubocznych spostrzegano krótkotrwałą utratę łaknienia i mdłości, ale tylko wtedy, gdy ją się stosuje w formie proszków; dlatego radzą podawać teocynę tylko w rozczynie, po jedzeniu i w małych dawkach. Działanie aguryny i teobrominy przewyższać ma swoją wydatnością. Preparat dość drogi. *S. P.*

O leczniczej wartości reumatyny. (*Berl. klin. Wochs.*, Nr. 31, 1903). Między przetworami przeciwgośćcowymi, polecanymi w ostatnim czasie zamiast kwasu salicylowego, wymienić należy w pierwszym rzędzie aspirynę i reumatynę, t. j. połączenie kwasu salicylowego z chininą. W oddziale wewn. prof. C. A. Ewalda w Berlinie podawano reumatynę w 40-tu przypadkach ostrego i przewlekłego gośćca stawowego. Reumatyna jest proszkiem, złożonym z białych kryształków, trudno w wodzie rozpuszczalna, bez zapachu i smaku, chorzy ją chętnie zażywają. Stosownie do wieku i ciężkości przypadku dawka dzienna wynosi 2—6 grm., średnio 3—4 grm., Powikłań ze strony serca i nerek nie zauważono nigdy; dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego po 3—4 grm. dziennie nie było. Wogóle objawów ubocznych nie spostrzegano. Reumatyna jest wskazaną: 1) we wszystkich przypadkach ostrego gośćca stawowego, szczególnie w tych, które łączą się już z wyraźnemi powikłaniami ze strony serca i nerek; należy ją jednak odstawić, jeżeli po kilkodniowem stosowaniu nie zmniejsza się gorączka, bóle i obrzmienie stawów; 2) w przypadkach ostrego gośćca stawowego, w których chorzy źle lub wogóle nie znoszą innych leków; 3) w przypadkach gośćca mięśniowego i stawowego, przebiegających podostro lub przewlekle, w których zależy na zmianie leku, ewentualnie na utrzymaniu wyniku, osiągniętego zapomocą kwasu salicylowego lub aspiryny. O ile reumatyna wchodzi w rachubę w bólach neuralgicznych i czysto nerwowych, nie zbadał S. jeszcze dostatecznie; wobec jednak jej nieszkodliwości można tę próbę zalecić w tych stanach chorobowych. *Baschkopf.*

Walidol. (*Klin.-therap. Wochenschrift* Nr. 29, 1903). Dr. Kerner poleca walidol, jako lek przeciw histeryi, skrzepiający ogólnie i poprawiający trawienie. W przypadkach nagłej potrzeby działa skutecznie, bądź zwalczając rzeczywiste osłabienie, uczucie lęku, bądź też łagodząc dolegliwości żołądka, nudności, ciśnienie, odbijanie, uczucie pełności; walidol obniża pobudliwość odruchową, choć podwyższa parcie krwi. Działa w zawrotach głowy, migrenie, w dychawicy nerwowej, w neurastenii nikotynowej, nie mniej w napadach macicznych, neurastenicznych stanach rozdrażnienia. W tych ostatnich zaburzeniach podajemy zwykle brom, który, jeżeli wogóle działa, to tylko w wielkich dawkach, lecz jednocześnie upośledza trawienie. Walidol posiada oprócz szybkości działania tę zaletę, iż podaje się go w postaci kropel 10 do 15 na cukrze lub w łyżce wody ocukrzonej. *Dr. Baschkopf.*

VII. XIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

(13—15 lipca, 1903 r.).

Zestawił

Dr. Bolesław Żmigród.

(Ciąg dalszy).

15. Zieliński (Lwów): **O ranach postrzałowych z szczególnem uwzględnieniem ran postrzałowych śrutem.** (Odczyt ten wyszedł w „Przegl. lek.“ Nra 36, 37 i 38).

Dyskusya:

Zieliński (Lwów) dodaje na zapytanie Bujwida (Kraków), że na 267 przypadków było 26 zakażonych tężcem.

Bujwid (Kraków) sądzi, że byłoby wskazane, by do innych zabiegów dodawano zapobiegawczo jeszcze wstrzykiwanie surowicy przeciwtężcowej.

Rudner (Czerniowce) jest zdania na mocy swego doświadczenia, że ran od kul zwyczajnych nie trzeba tykać, leczyć je tylko aseptycznie. Miał przypadek zajmujący postrzału w brzuch: jelito było w 10 miejscach przedziurawione; chory byłby uratowany, gdyby mógł być wcześniej operowanym (dopiero po 13-tu godzinach). Rany postrzałowe jamy brzusznej należy zawsze operować.

Markiewicz (Przemyślany) ma pod tym względem duże doświadczenie; zgadza się z Zielińskim. W jednym ze swoich przypadków stwierdził po postrzale siekańcami w brzuch i klatkę piersiową 7 ran. Po kilku tygodniach wystąpił nad kością krzyżową ropień, z którego po nacięciu wydostano siekaniec. Chory wyzdrowiał. W drugim przypadku miał miejsce postrzał kulą w okolicę kręgosłupa; wystąpiły potem objawy porażenia połowiczego, obecnie utrzymuje się tylko niedowład.

16. Krasowski (Stanisławów): **Przypadek wielokrotnego przedziurawienia jelit.** Chory doznał postrzału z rewolweru w brzuch. W 7 godzin potem K. otworzył jamę brzuszną i znalazł 13 otworów w jelitach, które kolejno pozeszywał, nie mogąc zrobić resekcyi. Chory wyzdrowiał. W przypadku tym stwierdził prelegent kurczowe napięcie powłok brzusznych, które nie ustąpiło nawet w uśpieniu.

17. Bogdanik (Biała): **O resekcyi stopy według własnej metody.** Cięcie prowadzi się 1 ctm. poniżej kostki i przecinając części miękkie aż do kości ku tyłowi i dołowi i to w odległości 1 ctm. od podeszwy, okrawa się piętę, i przechodząc ku drugiej stronie stopy, prowadzi się cięcie ku górze i naprzód, a kończy się je 1 ctm. poniżej kostki, w miejscu odpowiadającem początkowi cięcia. Następnie przecina się kość piętową w kierunku do zatoki skokowej (*sulcus tali*). Równocześnie okręca asystent stopę ku podudziu. Po przepiłowaniu kości piętowej układa się grzbiet stopy na przedniej powierzchni podudzia. Mając dostęp wolny, można wyskrobać ogniska w kości piętowej i można dojść do kości skokowej pomiędzy płaszczyznami przepiłowanej kości piętowej. Aby uniknąć przecięcia naczyń, ścięgien, lub nerwów odciąga asystent hakiem tępym ścięgno mięśnia goleniowego tylnego, nerw i obok niego przebiegającą tętnicę i żyłę, a po drugiej stronie ścięgno mięśnia strzałkowego, jakoteż nerw i naczynia. Przez przedłużenie cięcia można sobie zrobić wygodny dostęp do kości czółenkowatej, sześciennej i klinowych. Po oczyszczeniu pola operacyjnego zeszywa się przecięte płaszczyzny kości piętowej i skórę. B. ma około 10 przypadków operowanych tą metodą z dobrym wynikiem.

Dyskusya:

Bossowski (Kraków) nie miał dobrych wyników po metodzie Bogdanika: u dorosłych skończyło się zawsze na resekcyi osteoplastycznej, lub amputacyi. U dzieci daje się ta metoda zastosować.

Rydygier (Lwów): Operujemy staremi metodami, bo te dają nam dobre wyniki. Metodzie Bogdanika zarzuciłby R. to, że się piłuje kość, co przy gruźlicy nie jest obojętne; a nadto późniejsza blizna przebiega przez piętę tam, gdzie jest największy ucisk i przeszkadza w chodzeniu i w noszeniu buta.

Bogdanik (Biała) leczy dzieci zachowawczo i nie operował niżej lat 10. U dorosłych trzeba często robić amputacye, bo nie można bawić się leczeniem zachowawczem, a w takich razach Bogdanik próbuje swej resekcyi, która mu daje dobre wyniki. Co do zarzutu, że blizna późniejsza jest przeszkodą przy chodzeniu, utrzymuje, iż go doświadczenie pouczyło inaczej

18. Kader (Kraków): **Przedstawienie chorego po trepanacyi czaszki.** Chory 15-letni był operowany z powodu ropnego otoku wyrostka sutkowego, a w parę dni potem trepanowano z powodu zakrzepu w zatoce poprzecznej i esowatej. Podwiązano żyłę szyjną, wytrepanowano zatokę i wyjęto zakrzep. Chory ma się dobrze. W ostatnich trzech latach robiono w klinice Kadera 37 trepanacyi, z tego umarło 10, a więc 28% śmiertelności. Najczęściej trepanowano z powodu guzów mózgu (8 razy).

19, Bogdanik (Biała): **O zbrodniczem spędzeniu płodu** (z demonstracyą przedziurawionej macicy). Prelegent został wezwany do przypadku zapalenia otrzewnej ze stanem zakażenia posocznicznego. Sekcya wykazała posokowate zapalenie otrzewnej, której punktem wyjścia była macica, przedziurawiona w dnie po stronie

prawej. B. sądzi, że należałoby się starać uniknąć takich przypadków, kończących się zwykle śmiercią z powodu spędzenia płodu, wykonanego przez kobiety na sobie, lub na innych, a to przez zmianę ustawy o tyle, by spędzenie płodu, dokonane przez lekarza aseptycznie, nie było za zbrodnię uważane.

W dyskusyi zabierali głos: Rydygier (Lwów) i Bogdanik (Biała). Oświadczenie Bogdanika przyjęto oklaskami.

20. Borzymowski (Warszawa): **Demonstracya *a)* przyrządu do podwiązek i *b)* nowego zamykadła do irygatorów.**

a) Przyrząd ten do podawania podwiązek jest to zwijadełko z jedwabiem, przyczepione do gumki, którą można na rękę założyć prostopadle, a ma tę zaletę, że podwiązka nie przechodzi przez ręce podającego.

b) Zamykadło składa się z drenu dość grubego, zgiętego pod kątem, którego ramiona połączone są cienką gumką, pozwalającą ten dren wyprostowywać.

W dyskusyi zabierał głos Rydygier (Lwów).

21. Borzymowski (Warszawa): **Szemat graficzny do badania chorych chirurgicznych dla studentów IV-go roku medycyny.**

22. Borzymowski (Warszawa): **Trzy przypadki zeszywania rany serca, oraz kilka modyfikacyi przy operacyach na sercu.**

B. zeszywał rany serca w trzech przypadkach, z tych jeden chory żyje już pięć miesięcy po operacyi. W przypadku tym wystąpił w 12-tym dniu choroby szał, który trwał dwa dni. Arytmia trwała miesiąc, tętno najliczniejsze dosięgało 120 uderzeń; w $2^1/_2$ miesiąca po operacyi odszedł szew, założony na serce. Chory od miesiąca chodzi i czasem tylko ulega podwyższeniu ciepłoty. Prelegent spostrzegał nadto jeszcze trzy przypadki, na podstawie więc 6 wyprowadza następujące wnioski: 1) ważnym objawem w przypadkach drążącej rany serca jest różnica tętna w obu tętnicach sprychowych, szczególnie w lewej; 2) nieścisłe jest twierdzenie, że przy ranach serca tętno staje się drobne, przeciwnie, może ono być dobre i regularne; 3) rana drążąca serca może nawet nie krwawić (jak to miało miejsce w III-cim przypadku prelegenta); 4) ranę drążącą od niedrążącej można odróżnić w ten sposób, że przy ranie drążącej krew przy skurczu wypływa, nie wypływa zaś przy ranie nie drążącej; 5) prawa komora jest pod IV-tem żebrem; lewa nad IV; 6) morfina uspokaja chorych; 7) nie należy zupełnie ruszać chorego po operacyi. W dalszym ciągu notuje prelegent w ostatnich pięciu latach w Warszawie 20 przypadków ran kłóto-ciętych serca, z których w 13-tu natychmiast nastąpiła śmierć, siedem było operowanych, ale wyszedł tylko jeden chory, powyżej wspomniany pacyent prelegenta. Powodem śmierci było zakażenie, sekcya wykazywała ropne zapalenie osierdzia. B. twierdzi, że ranę pierwotną trzeba przy operacyi stanowczo obejść, uważać ją bowiem należy *a priori* za zakażoną. Dostęp musi być poza granicami opłucnej, gdyż jej dotychczas szyć nie umiemy. Radzi robić cięcie półkoliste od chrząstki V-go żebra do chrząstki III-go, po wycięciu chrząstki oddzielić osierdzie i dostać się do serca. Przy szyciu serca trzeba uważać, by nie trzeć nitką o osierdzie, wogóle trzeba osierdzie ustalić, by tego tarcia uniknąć. Szyć należy szwem ciągłym; worek osierdziowy wymywa się solą; po zeszyciu zakłada się sączek od osierdzia do jamy opłucnowej i potem na zewnątrz.

Dyskusya:

Kader (Kraków) miał trzy przypadki ran serca: dwa razy od wbicia igieł, a raz ranę zadaną nożem. W pierwszych dwóch wystąpiła silna arytmia, a prócz tego były tony głuche; objawy te minęły po wyjęciu igieł. W trzecim przypadku podwiązał przeciętą tętnicę sutkową, wysączkował ranę w sercu (było to w roku 1894, kiedy o szyciu rany mowy nie było). Z powodu następowego otoku ropnego opłucnej robił torakotomię; chora mimo znacznego rozszerzenia serca wyzdrowiała. K. radzi nie zważać na opłucnę, odsłonić serce cięciem, dającem dwa płaty skórnokostne, podobne do poziomo postawionych skrzydeł drzwi. Mostek tylko częściowo resekować, tyle, ile potrzeba.

Rydygier (Lwów) jest zadowolony ze swego cięcia, które czyni zadość wszelkim stawianym wymaganiom. Operując swoim sposobem, nie naruszył nigdy opłucnej, ani tętnicy sutkowej. Charakterystyczną cechą tych przypadków jest występowanie ropnego zapalenia opłucnej; a zdarza się przecież tyle skaleczeń opłucnej, przy których do ropienia nie przychodzi. Zdaniem R. przyczyna leży w niedokładnem myciu się z powodu pośpiechu. R. nie zgadza się z Borzymowskim co do nietykania rany zadanej; rozszerzenia jej nie uważa za tak niebezpieczne. Nie radzi sączkować z osierdzia do opłucnej.

Ziembicki (Lwów) miał trzy przypadki: dwa postrzałowe serca, a jedną ranę ciętą. Ranę zeszył, chory jednak umarł.

Wehr (Lwów) ma doświadczenie co do zachowania się po otwarciu opłucnej; robił to doświadczalnie na psach i musiał zawsze psy przed przecięciem opłucnej tracheotomować, inaczej ginęły. Udało mu się cztery psy utrzymać przy życiu przez dłuższy czas, a kilka psów w ciągu 48 godzin. U człowieka otwarcie opłucnej jest bardzo niebezpieczne. Częste występowanie zakażenia w tych przypadkach tłómaczy W. zmniejszeniem się odporności ustroju na działanie drobnoustrojów z powodu osłabienia go przez utratę krwi. Należy jeszcze pamiętać o porażeniu nerwów naczynioruchowych w sercu. Doświadczenie pouczyło W., że wszelkie manipulacye, nie ostrożne chwycenie serca, sprowadzić mogą śmierć przez porażenie ośrodków nerwowych. Swoje cięcie oparł Wehr na topografii opłucnej i stara się o ile możności obrażenia jej uniknąć: cięcie poprzeczne po prawej stronie mostka nad trzeciem żebrem, dalej łukowato aż do przyczepu wyrostka mieczykowatego i przecina się chrząstki. Nie zgadza się z Borzynowskim co do nierozszerzania rany zadanej; owszem, lepiej sobie rozszerzyć i ma się dobry dostęp. W końcu dodaje Wehr uwagę, że szyć serca nie powinien każdy lekarz; należy to zostawić zawodowym operatorom.

Borzymowski (Warszawa) uważa operacyę Rydygiera za idealną, jednak ma ona tę wadę, że podstawa płatu jest za szeroką; na chrząstce operuje się, jak na sprężynie. Co się tyczy rozszerzania rany skórnej, to ranę tę uważać musimy za zakażoną, a aseptyka musi wszędzie być tą samą. (Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. XIV międzynarodowy Zjazd lekarski w Madrycie

(23—30 kwietnia 1903).

Sekcya dla medycyny wewnętrznej.

Podał

Dr. Henryk Pisek.

(Ciąg dalszy).

19. Friedel Pick (Praga): **O nagminnem zapaleniu gruczołu przyusznego.** Korzystając z grasującej epidemii zapalenia gruczołu przyusznego przeprowadził Pick swoje badania nad tą chorobą. Po uwzględnieniu więc wyników, otrzymanych w tej sprawie przez Laverana, Leydena i Michaelisa, donosi, że z płynu, dobytego przez nakłucie powiększonych gruczołów przyusznych, oraz jąder (*orchitis*), udało mu się wyhodować pewnego rodzaju koki, które na bulionie zwolna się rozrastały i przez swoje zachowanie się na innych pożywkach okazywały podobieństwo do drobnoustrojów, pojawiających się w zapaleniu opon mózgowych. Próby przeniesienia ich na zwierzęta nie udawały się. Zauważyć należy, że przez nakłucie pozornie twardo obrzękłych jąder otrzymywano po większej części kilka $ctm.^3$ czystej żółtawej surowicy. Dalsze badania odnosiły się do liczby ciałek białych we krwi podczas zapalenia gruczołu przyusznego, przyczem stwierdzono zupełnie prawidłowe liczby nawet przy wysokiej gorączce, powikłanej z zapaleniem jądra i przyjądrza. Okoliczność ta ma ważne znaczenie rozpoznawczo-różniczkowe ze względu na sprawy rzeżączkowe, w przebiegu których występuje wyraźna hiperleukocytoza, a powtóre, że brak hiperleukocytozy przemawia za cierpieniem, nie łączącem się z nadmiernem przenikaniem ciałek białych (*diapedesis*), lecz bardziej za surowiczą przesączyną.

20. Lorand (Karlsbad): **Stosunek cukrzycy do raka i gruźlicy.** W następstwie cukrzycy pojawia się bardzo często gruźlica, lub też niekiedy rak; na odwrót jednak, by przewlekle chorzy na gruźlicę lub raka zapadali na cukrzycę, należy do rzadkości. Skoro tylko po cukrzycy wystąpi gruźlica, znika czasami zupełnie cukromocz, lub też ilość cukru znacznie opada. Podobny objaw, jakkolwiek w mniejszym stopniu, można napotkać w raku. Także i objawy choroby Basedowa zupełnie ustępują, lub znacznie się zmniejszają, jeśli po niej nastąpi gruźlica, gdyż po wzmożonej czynności gruczołu tarczykowego może się pojawić stan jego wyczerpania, który wielce się przyczynia do rozwoju gruźlicy, na dowód czego służy znany fakt, że gruźlica prawie systematycznie powstaje na tle osłabienia, lub ogólnego wyczerpania się gruczołu tarczykowego (stany niedostatecznego rozwoju, zwyrodnienia, dziedzicznej kiły, zołzów itd.).

Roger i Garnier znaleźli we wszystkich przypadkach przewlekłej gruźlicy stwardnienie i zanik gruczołu tarczykowego, a tylko w jednym przypadku stwierdzili sklerotyczny jego przerost; tu jednak szło o cukrzycę i gruźlicę. Rak pojawia się zazwyczaj w podeszłym wieku, a więc wówczas, kiedy się rozpoczyna zanik gru-

czołu tarczykowego. Przy badaniu szyi u chorych na cukrzycę można stwierdzić mniejszy lub większy obrzęk gruczołu tarczykowego, którego niema w przebiegu gruźlicy, lub raka, — w przewlekłej natomiast gruźlicy są tylko resztki gruczołu, nierzadko także objawy obrzęku śluzakowatego, jak charłactwo, niedokrewność itd., nadto objawiają tacy chorzy niechęć do wszelkiej dyety mięsnej, jak wogóle w przebiegu chorób gruczołu tarczykowego; także i dla chorych na cukrzycę jest niebardzo korzystna dyeta obfita, lub wyłączna mięsna. Mowca dochodzi wreszcie do wniosku, że rak i gruźlica stanowią przeciwieństwo do cukrzycy, wykluczając ją zarazem. Nieczynność (wyczerpanie) gruczołu tarczykowego zmniejsza odporność ustroju przeciw drobnoustrojom z zewnątrz i jadom z wewnątrz, powiększając skutkiem tego skłonność do gruźlicy lub raka.

21. Hassan Madmond Basza (Cairo): **Sok cytrynowy i jego zastosowanie w medycynie.** W przebiegu zapaleń migdałków i błonicy zaleca mowca płokanie 20% roztworem kwasu cytrynowego, lub też wewnętrzne jego użycie, niemniej przy nieżytowych, błoniczych, ropnych zapaleniach spojówek pod postacią obmywań i okładów. Dalej w cierpieniach żołądkowych (niestrawność, spotęgowana kwasota), połowę cytryny po każdem — lub wśród jedzenia. W różnego rodzaju biegunkach, zwłaszcza cholerze, można stosować 30% roztwór, łącznie z kwasem z cebuli; w przebiegu rzeżączki pochwy (20%) wraz z przekroploną, lub przegotowaną wodą, w gnilcu wewnętrznie, lub do obmywania błony śluzowej ust, wreszcie w przebiegu przewlekłego nieżytu oskrzelowego, gośćca mięśniowego i stawowego.

22. Doléage (Vichy): **Działanie wód mineralnych Vichy na chemizm żołądka.** Na zasadzie licznych badań, przeprowadzonych klinicznie i chemicznie, zaleca autor picie wód Vichy przedewszystkiem w hiperchlorhydryi, następnie także w przypadkach zmniejszonego wydzielania kwasu solnego i wogóle we wszystkich postaciach niestrawności bez uchwytnej podstawy anatomicznej. Alkaliczne te wody działają bowiem dobrze, regulując siłę wydzielniczą żołądka.

23. Gnezda (Berlin): **Salokresol.** Przetwór ten przedstawia się w postaci oleistej mięszaniny fenolów z kwasem salicylowym, łatwo i szybko wessalnej przez skórę. Liczne doświadczenia, przeprowadzone z salokresolem wykazały, że działa on bardzo skutecznie miejscowo w przebiegu róży, gośćca stawowego, zniekształcającego zapalenia stawów, w ostrem i przewlekłem zapaleniu gruczołów chłonnych różnego pochodzenia. W zapaleniach migdałków nacierania lub pędzlowania salokresolem chronią od ropienia. W końcu podaje autor liczne opisy przypadków chorobowych.

24. Dyce Duckworth (Londyn): **Przypadek zakaźnego zapalenia śródsierdzia, uleczonego wstrzykiwaniami do odbytnicy surowicy przeciwpaciorkowcowej.** Przypadek ten odnosił się do 15-letniego chłopca, który z uczuciem ogólnego rozłamania i wysypką, podobną do rumienia wielokształtnego został przyjęty do kliniki Duckwortha; choroba rozpoczęła się na 10 dni przed przyjęciem do oddziału codziennymi dreszczami i gorączką. Narządy wewnętrzne, oprócz kurczowego szmeru nad koniuszkiem serca, zmian nie przedstawiały. Dreszcze powtarzały się nieregularnie; na ciele i w okolicy stawów pojawiła się nowa wysypka, później także obrzęk surowiczy na prawem kolanie; hodowle z tego płynu kolanowego nie wydały żadnego dodatniego wyniku. Z biegiem czasu zaczął się chory skarżyć na bolesność w innych stawach, nie stwierdzono atoli ani obrzęku śledziony, ani zmian w nerkach; ciepłota ciała była wysoka. Szmer skurczowy nad koniuszkiem serca zmieniał często swoją jakość, a nad tętnicą płucną i główną również stwierdzono szmery. Łaknienie w pierwszych tygodniach było dość dobre, później jednak podupadło, skutkiem czego wielce ucierpiał ogólny stan chorego, tembardziej, że od czasu do czasu występowały i wymioty. Leczenie salicylanem sodowym, chininą, świeżemi drożdżami piwnemi, kalomelem nie wydało żadnego wyniku, — także podawanie drożdży w pełnych dawkach, zarówno jak i podskórne wstrzyknięcie 10 ctm.³ surowicy przeciwpaciorkowcowej nie sprowadziło polepszenia, skutkiem czego postanowiono podawać tę surowicę codziennie w lewatywie po 10 ctm.³. Już w ciągu 10 dni znać było znaczną poprawę, która raźno postępowała naprzód. Łaknienie znacznie się poprawiło, a po 14-tu dniach gorączka zupełnie znikła; osutka się więcej nie pojawiła, natomiast szmery skurczowe ciągle się utrzymywały. W lipcu wyjechał chory na wieś, a po powrocie we wrześniu cieszył się najlepszem zdrowiem, tony serca stały się zupełnie prawidłowe. Rozpoznanie opiewało początkowo: *Erythema multiforme majoris gradus*, skutkiem zakażenia gośćcowego. Dopiero gorączka wykazała złośliwą i zakaźną istotę cierpienia. Na pytanie, czy też mała zakażona ranka na ramieniu, lub śródsierdziu nie była źródłem zakażenia, nie można odpowiedzieć stanowczo: — stan serca nie dawał dostatecznego wyjaśnienia. Dopiero skutkiem codziennych wlewań surowicy nastąpił widoczny zwrot w chorobie ku poprawie.

25. Singer (Berlin): **Wpływ kąpieli słonecznych na wolnem powietrzu na ustrój ludzki.** Najważniejsze własności skóry, jak parowanie i promieniowanie, okazują się najlepiej w kąpieli na wolnem powietrzu. Promieniowanie reguluje ciepłotę ciała; drogą parowania ulatniają się z ustroju wszystkie autotoksyny. Kąpiel słoneczna jest na pół naturalną, na pół sztuczną fizyologiczną gorączką bez przedmiotowych objawów. Im mniej skóra chorego przez kąpiel słoneczną ulega przypaleniu, tem gorsze jest rokowanie; promienie chemiczne wchłaniają się w skórę i jej naczynia krwionośne; ciepło promieniste szybciej wywołuje poty, aniżeli przewodzące i nie wytęża mięśnia sercowego. Chemiczne promienie powiększają przemianę materyi ogólnie i miejscowo, ich siła zaś bakteryobójcza wyjaśnia wartość leczniczą. Kombinowanie kąpieli na wolnem powietrzu ze słonecznemi ułatwia ulatnianie się potów i działa skrzepiająco na ustrój ludzki. Pomyślne wyniki po kąpielach świetlnych występują w przebiegu chorób krwi, serca, skóry, układu nerwowego, zołzów, gruźlicy, a szczególniej w neurastenii. Jako przeciwwskazanie uważać należy osłabienie serca i przekrwienie mózgu. (Dokończenie nastąpi).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 15 października.

* Ważne miał zadanie tegoroczny Wiec austryackich Izb lekarskich, który się odbył w Lincu 6 i 7 b. m. Blizko 10-letni okres istnienia Izb lekarskich w Austryi przekonał lekarzy, a może i rząd, że Izby nie spełniają pokładanych w nich nadziei, a nie spełniają dla tego, że z jednej strony ustawowy zakres ich działania jest skąpo, jakby zazdrośnie, przez rząd wymierzony, a powtóre zrażona i zawiedziona społeczność lekarska nie jednoczy się z Izbami, w szczególności zastrzega się przed uchwaleniem wkładek na fundusz żelazny, bez którego istnienie pod jakąkolwiek formą ubezpieczenia lekarzy i ich wdów jest wprost wykluczone. W uznaniu więc potrzeby szukania nowych dróg do poprawy bytu materyalnego lekarzy wiele czasu poświęcił Wiec sprawie „wzajemnej pomocy“, wniesionej pod obrady przez Izbę dolnoaustryacką; wniosek ten łączy się rzeczowo z wnioskiem Izby bukowińskiej, która zażądała od Wiecu konkretnej uchwały, jak mają zachować się Izby wobec propozycyi wiedeńskiego »Instytutu zapomogowego«, istniejącego przy »Związku austryackich Towarzystw lekarskich«. Honorowy prezydent „Instytutu zapomogowego“, Dr. Löw, wyjaśnił zasady administracyi »Instytutu« i oznajmił że otrzymał od prezydenta ministrów, Dr. Körbera, pismo, w którem ten ustanawia przez szereg lat rządową subwencyę dla wdów i sierót po lekarzach, oraz przyrzeka wydatny udział w dochodach z loteryi państwowej. Po dłuższych rozprawach Wiec uznał powzięcie doraźnej uchwały w sprawie, bądź co bądź ze stanowiska prawnego dla Izb zawiłej, za rzecz niemożebną i na razie ograniczył się do wybrania Komitetu, który ma wypracować i oznaczyć główne zasady i zdać sprawę na następnym Wiecu Izb.

Drugą ważną sprawą, którą się Wiec zajmował, była zmiana »ordynacyi lekarskiej«, zwłaszcza w kierunku rozszerzenia praw dyscyplinarnych Rady honorowej; § 43 projektu nadaje Radzie honorowej prawo wykreślenia lekarza czasowo lub na zawsze z listy upoważnionych do praktyki lekarskiej; czasowe (do 1 roku) wykreślenie nastąpić może po trzech ważnych przekroczeniach kolidujących z pojęciami o czci i etyce lekarskiej; wykreślenie stałe może mieć miejsce, jeżeli po wykreśleniu czasowem lekarz dopuści się jeszcze raz czynu karygodnego. Skazanemu przez Radę honorową przysługuje prawo rekursu do pełnej Izby; skazany przez pełną Izbę może rekurować do ministerstwa spraw wewnętrznych, ściślej do »senatu dyscyplinarnego« przy ministerstwie, w skład którego wchodzi trzech delegatów Izb i dwóch członków ze stanu urzędniczo-sędziowskiego, wyznaczonych przez ministerstwo. Członek instytucyi niższej, który brał udział w skazaniu lekarza, nie może być czynnym w instytucyi wyższej, przy rozprawie rekursowej. Po długich debatach, na 18 mandataryuszów Izb, za przyjęciem § 43, głosowało 11, przeciw 7; wkońcu Wiec powziął następującą uchwałę: »Przyjęty projekt ordynacyi lekarskiej ma być przesłany wszystkim Izbom, wraz z opinią mniejszości, a następnie Komitet Izb ma go przedłożyć wraz z umotywowaniem rządowi i parlamentowi«.

Dla braku miejsca nie zapisujemy na razie innych uchwał Wiecu; przyznajemy im jednak ważne, nieraz pierwszorzędne znaczenie dla stanu lekarskiego.

* Trzeci z rzędu zeszyt dzieła zbiorowego p. t. »Nauka o chorobach wewnętrznych« opuścił prasę i obejmuje 10 arkuszy druku. Zawiera choroby narządu oddechowego, opracowane przez prof. Pieniążka i Doc. Ludomiła Korczyńskiego. Znajduje się na składzie w księgarniach H. Altenberga we Lwowie i S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie. Cena zeszytu 3 K. Czwarty zeszyt ukaże się z początkiem listopada.

* Królewskie holenderskie ministerstwo kolonii w Hadze zamierza w celu uzupełnienia korpusu lekarskiego w wojsku holendersko-indyjskiem, przyjąć prowizorycznie do służby pewną liczbę młodych lekarzy, pod warunkami, które przejrzeć można w Dziekanacie Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell.

* Do d. 10 b. m. wpisało się na medycynę w Uniw. Jag. 34 kandydatów, 32 mężczyzn i 2 kobiety; jest to liczba znaczniejsza w porównaniu z kilku latami poprzedniemi, w ciągu których zaznaczał się stały spadek.

* XXV Kongres balneologów niemieckich odbędzie się w Akwisgranie w marcu 1904 r.

* Do Towarzystwa samopomocy lekarzy przystąpili w dalszym ciągu następujący nowi członkowie: Bererowski (Lwów); doc. Gabryszewski (Lwów); Heftler (Ustrzyki Dolne); Jastrzębski J. (Wojniłów); Mahl (Lwów); Pelczar (Drohobycz); Richter (Stanisławów); Rosmarin (Jabłonica na Bukowinie); prof. Schramm (Lwów); Udziela (Przemyśl); Zduń (Skawa). *Dr. Langie* I sekretarz.

* Między 29 września a 5 października doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: dobromilskim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), jarosławskim (2 gm.), jaworowskim (1 gm.), kamioneckim (3 gm.), kolbuszowskim (2 gm.), nadworniańskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), rohatyńskim (1 gm.), stanisławowskim (1 gm.), zaleszczyckim (3 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień (XXXIX) (27—IX—3—X). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 21, urodziło się dzieci 72, zmarło osób 61, mianowicie: z gruźlicy 11, z zapalenia płuc 6 (3 zam.), z błonicy 3 (2 zam.), z płonicy 1, z duru brzusznego 4 (3 zam.), z cholery niemowląt 10 (2 zam.)

Mianowania i odznaczenia. Prof. Specht mian. został kierownikiem kliniki psychiatrycznej w Erlandze. Doc. Walter mian. prof. dyagnostyki lekar. w Odessie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Fochier, profesor kliniki położniczej w Lugdunie. Dr. Gallet, prof. kliniki chirurgicznej w Brukseli.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 40. Pawiński: Dusznica bolesna przy zakażeniu septycznem. Hanicki: O wartości ilościowego określania kwasu moczowego metodą Ruhemanna. Malinowski: O działaniu renadenu w zapaleniu nerek po płonicy.

— *Medycyna* Nr. 40. Bossowski: O wrodzonych atrezyach jelita cienkiego (c. d). Halpern: O rozczłonkowaniu azotu w moczu w stanach chorobowych. (dok.).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 10 Rakowski: O leczeniu gorączki połogowej wogóle i o wynikach leczenia tejże zapomocą metody Fochiera.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 40. Bakeš: Nástin operativni činnosti v nemocnici třebičské za prvni pololeti. (c. d.) Kuffner: Svévolný vzdor (c. d.). Kimla: Dnešni stav otázky poměru perloviny ku tuberkulose lidské. (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 79. Nobécourt: Łańcuszkowcowe zakażenie jelit. Habel i Humbert: Wartość metody Sahlego dla klinicznego badania czynności żołądka.

— Nr. 80. Widal i Javal: Chloruremia i leczenie choroby Brighta za pomocą dechloruracyi. Działanie dechloruracyjne niektórych leków moczopędnych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 40. Seiffer: Porażenie nerwu przydatkowego w wiądzie rdzenia. Sommer: O bezpośrednim i trwałym skutku świetlnych i cieplnych promieni na ciepłotę ciała. Trolldenier: Badanie na zwierzętach podskórnego żywienia odżywczymi płynami, zawierającymi białko. Jacobson: Białkomocz ortotyczny. Singer: Wpływ kąpieli powietrznych i słonecznych na ciało ludzkie.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 40. Gruber: Czy higiena prowadzi do zwyrodnienia rasy? Fromherz: Znaczenia higerglobulii w wrodzonych chorobach serca. Reisinger: Ostre zapalenie jelita ślepego. Gnopf: Kazuistyczny przyczynek do nauki o bakteryouryi. Reissner: Przyczynek do działania solanek ciepłych, zawierających kwas węglowy, podług badań, wykonanych w zdrojowisku Nauheim. Spaet: Epidemiczne zapalenie płuc. (dok.) Karewski: O chirurgicznem leczeniu ropni płucnych, zwłaszcza o trwałości jego wyników (dok).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 41. Föderl: »Circulus vitiosus« po gastroenterostomii. Lorenz: Przyczynek do chirurgii modzelowatych przenikających wrzodów żołądka. Stolz: Znieczulenie morfinowo skopolaminowe. Hoffmann: Osobliwy przypadek niedrożności wskutek zaciśnienia jelit w dwóch miejscach.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr 41. Kirsch: O postępowaniu Cambiera w celu wyosobnienia prątka durowego. Weigert: Uwagi nad rozprawą Behringa: »O suchotach płucnych i zwalczaniu gruźlicy« Elsner: Przyczynek do sprawy krwotocznych nadżerek w żołądku. Schuster: Przyczynek do kiły serca w szczególności w związku z wiądem rdzenia. Bukofzer: Oddziaływanie błony śluzowej nosa i krtani na wyciąg z nadnercza (adrenalina). Gutmann: O pośpiesznem ustalaniu i zatapianiu. Krüger: Przeobrażenie ciał purynowych w ustroju. Golubow: Etyologia rozedmy płucnej. (dok.).

Redakcya otrzymała. Schweinburg: Handbuch der allgemeinen und speziellen Hydrotherapie (1904). Pruszyński: Powstanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych oraz wskazania do zabiegów chirurgicznych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 21 października, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. doc. Dobrowolski mówić będzie „O florze pochwy fizyologicznej".

Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie Towarzystwa samopomocy lekarzy odbędzie się w Krakowie w niedzielę 1 listopada b. r., ***w sali Kopernika (Collegium novum),*** o godzinie 10 rano. Na porządku dziennym: 1) Zmiana statutu. 2) Wnioski. Ze względu na ważność sprawy Wydział uprasza o jak najliczniejszy udział. *Dr. Langie* I sekretarz.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**